

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

**ANÁLISE ERGONÔMICA EM UMA INSTITUIÇÃO GERIÁTRICA:
ESTUDO DE CASO**

Maria Clarice Machado

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em
Engenharia de Produção

Florianópolis
2005

Maria Clarice Machado

**ANÁLISE ERGONOMICA EM UMA INSTITUIÇÃO GERIATRICA:
ESTUDO DE CASO**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a
obtenção do título de **Mestre em Engenharia de Produção no**
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 29 de junho de 2005

Prof. Edson Pacheco Paladini, PhD.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Profa Vera Lucia Duarte do Valle Pereira, Dra
Orientadora

Profa. Angelia Berndt , Dra.
Orientadora

Prof. Hipólito do Vale Pereira Filho, Dr.
Membro

A você, Dinda querida (*in memoriam*).
A você, Olga (*in memoriam*)

Agradecimentos

Agradeço a **Jesus e a Nossa Senhora**, por estare presente na minha caminhada terrestre, me conduzindo ao caminho do Amor com meus semelhantes.

Aos meus pais Milton e Estelita; a minha irmã Clarete; aos meus irmãos Toni, Rubens, Marcos, Marcial e Marcelo; as minhas cunhadas Cida, Clarice Regina e Ivana; e as preciosas perolas meus sobrinhos Junior, Lis, Dudu, Paulinho e Manô, que me dão esperanças e certeza da vida eterna.

A Cida e a Bruna minhas primas pelo grande apoio.

À Vera, mais que orientadora, grande amiga do coração e ao seu esposo Hipólito.

Ao Padre Castrese com suas orações e o desejo ver meu trabalho realizado.

Ao professor João Ernesto Castro e ao professor Miguel Fiod pelo apoio.

A Angelia e a Sybele por estarem presentes me conduzindo para a realização deste trabalho.

A Meri secretária da Pós graduação, com sua delicadeza e carinho.

A Natália, ao Júlio e a Deise pela grande ajuda

Aos funcionários do EPS, sempre sorrindo para mim.

Aos amigos, que são tantos, sempre presentes me apoiando.

Aos amigos do Movimento Comunhão e Libertação (CL) em especial Rita, Suzana e o Roberto.

Aos Diretores da Casa de Assistência em estudo por abrirem a porta para a realização deste trabalho.

A CNPq, pelo auxílio financeiro.

Sou, sinceramente,
Muito grata!

“Encontramo-nos numa encruzilhada.
Uma grande parte da população tem o imenso
prazer de viver mais tempo. Esses dez, vinte ou
trinta anos de vida suplementares serão um
privilégio ou uma escravidão, uma conquista ou
uma exclusão, conforme se deseja que venha a
ser; estamos no âmago de nossa
responsabilidade individual e
coletiva”.

FORETTE

Sumário

Lista De Figuras	p.x
Lista De Tabelas.....	p.xi
Lista De Reduções.....	p.xii
Resumo.....	p.xiii
Abstract	p.xiv
CAPITULO I	p.1
1.1 INTRODUÇÃO.....	p.1
1.2. Objetivos.....	p.4
1.2.1. Objetivo geral.....	p.4
1.2.2. Objetivos específicos.....	p.4
1.3. Justificativa.....	p.4
1.4. Limitações do Trabalho.....	p.6
1.5. Metodologia.....	p.7
1.6. Estrutura do Trabalho.....	p.9
2. O IDOSO, AS INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS E OS CUIDADOS.....	p.11
2.1. O Crescimento da Expectativa de Vida: Terceira Idade.....	p.11
2.2. O Envelhecer.....	p.12
2.3. A Necessidade de uma Lei Especifica de Amparo aos Idosos.....	p.18
2.4. Instituições para os Idosos.....	p.24
2.4.1. Normas para Clínicas Geriátricas e Congêneres.....	p.27
2.4.1.1. A área física e as Instalações.....	p.29
2.4.1.2. Especificações de recursos humanos.....	p.33
2.4.2.1.1 Profissionais de enfermagem e cuidadores.....	p.34

2.5. Ergonomia.....	p.38
2.5.1 Análise Ergonômica do Trabalho (AET).....	p.42
2.6. Conclusões.....	p.45
3. CAPÍTULO III- DIAGNÓSTICO ERGONOMICO.....	p.47
3.1. Origem e Fonte de Informações sobre a Demanda	p.47
3.1.1. Hipóteses Formuladas a partir da Demanda	p.48
3.2. Caracterização do Local do Estudo	p.48
3.3. Dados sobre o Local de Estudo.....	p.50
3.4. Dados sobre a População Envolvida no Estudo	p.51
3.5. Dados sobre o Posto de Trabalho	p.51
3.6. Dados Organizacionais	p.51
3.7. Análise da Tarefa	p.52
3.7.1. Descrição do Sistema Homem-Tarefa	p.52
3.7.2. Dados do Ambiente de Trabalho.....	p.53
3.7.2.1. Ambiente Arquitetônico.....	p.53
3.7.2.2. Ambiente Luminoso.....	p.56
3.7.2.3. Ambiente Sonoro.....	p.56
3.7.2.4. Ambiente Térmico e Ventilação	p.56
3.7.3. Materiais e Equipamentos.....	p.57
3.7.4. Normas e Rotinas.....	p.58
3.7.4.1. Admissão do cuidador	p.59
3.8. Descrição das Exigências Do Trabalho	p.59
3.8.1. Exigências Físicas.....	p.59
3.8.2. Exigências Mentais.....	p.60
3.9. Dados Gerais dos Trabalhadores	p.60
3.10. Medidas Antropométricas	p.62

3.11. Análise da Atividade	p.63
3.11.1. Resultados da Aplicação do Questionário.....	p.63
3.11.2. Procedimento de Trabalho.....	p.63
3.11.3. <i>Checklist</i> do Sistema Locomotor	p.64
3.11.4. Pesquisa de Satisfação dos Cuidadores e Auxiliares de Enfermagem....	p.65
3.11.5. Observações sobre as Atividades realizadas	p.66
3.12. Conclusões.....	p.68
 4. CAPITULO IV-ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	 p.69
4.1. Meio Ambiente.....	p.69
4.1.1. Ambiente Arquitetônico	p.69
4.1.2. Ambiente Luminoso	p.72
4.1.3. Ambiente Sonoro	p.72
4.1.4. Outros Ambientes	p.72
4.1.5. Ambiente Organizacional	p.72
4.1.5.1 Normas e Rotinas.....	p.72
4.2. Material e Equipamento	p.73
4.3. Dados Gerais dos Trabalhadores	p.77
4.4. Equipe de Trabalho	p.79
4.5. Carga de Trabalho	p.79
4.6. Tarefa/Atividade.....	p.80
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	p.82
5.1. Recomendações.....	p.82
4.1.1. Ambiente.....	p.82
4.1.2. Material.....	p.83
5.1.3. Organização	p.84
5.1.4. Tarefa/Atividade	p.85

5.2. Conclusão	p.86
6. FONTES BIBLIOGRÁFICAS	p.96
7. FIGURAS	p97
8. ANEXOS.....	p.108
8.1. Questionário	p.109

Lista de Figuras

Figura 1: organograma da Casa Geriátrica Assistência Facto.....	p.50
Figura 2: planta Baixa da Casa Geriátrica Assistência Facto.....	p.98
Figura 3: corte referência quarto numero 2 e banheiro numero 7.....	p.99
Figura 4 – corte referência quarto numero 3,4 e banheiro 5,6.....	p.101
Figura 5 – situação do refeitório.....	p.102
Figura 6 –dimensões de mobiliários.....	p.103
Figura 7– proposta de um novo layout.....	p.104
Figura 8 – novo layout refeitório e sala de televisão.....	p.105
Figura 9 – novo layout quarto numero 2.....	p.106
Figura 10 – novo layout quarto numero 4.....	p.107
Figura 11 – situação atual da mesa e sugestão de melhoria.....	p.108

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Perfil dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência Facto e fazem o turno diário.....p.60**
- Tabela 2 – Indicadores Gerais da Saúde dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência Facto e fazem o turno diáriop.61**
- Tabela 3 – Descrição da atividade dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência Facto e fazem o turno diário.....p.61**
- Tabela 4 – Conjunto de medida Antropométricas obtida dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência Dilony e fazem o turno diário.....p.62**
- Tabela 5 – Resultados do *Checklist* realizado sobre dores e desconforto obtida dos cuidadores dos auxiliares de enfermagem e idosos que trabalham na Casa de Assistência Dilony e fazem o turno diário....p.64**

Lista de Reduções

Siglas

ABNT – Associação Brasileira De Normas Técnicas

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

OMS – Organização Mundial da Saúde

Resumo

Dados demográficos confirmam o fenômeno do envelhecimento da população brasileira. Por várias razões, muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado. Esta dissertação teve por finalidade, realizar a análise ergonômica do trabalho do enfermeiro (os cuidadores dos idosos), analisando o posto de trabalho, assim como também obter subsídios teóricos que permitam melhorar as condições de habilidade, adequadas às necessidades físicas dos idosos em uma Instituição Geriátrica no Estado de Santa Catarina. Realizou-se uma revisão de literatura de modo que servisse de embasamento teórico para a montagem da metodologia aplicada no estudo de caso. Elaborou-se e aplicou-se um questionário coletando informações junto aos enfermeiros e cuidadores dos idosos. Com os resultados do estudo de caso evidenciaram-se dados que mostraram a realidade vivida na Instituição estudada, quanto aos cuidadores e aos idosos. Através do estudo de caso como metodologia para esta pesquisa foi avaliada e fundamentada a contribuição ergonômica. Sendo que os funcionários da Instituição sofrem grande desgaste psicológico e físico, devido a posturas inadequadas na realização das tarefas do atendimento aos idosos. O confronto das informações dos autores consultados, dos documentos, das leis, das normas e das informações do estudo de caso revela a necessidade de melhoria do ambiente físico da Instituição em estudo solucionando melhorias nas condições de qualidade de vida dos idosos e dos trabalhadores que residem nesta Instituição.

Palavras-chaves: Idosos Qualidade de vida, Necessidades, Atendentes de Saúde, Acessibilidade.

Abstract

Demographic data confirm the Brazilian population-aging phenomenon. For many reasons elderly people are institutionalized to receive specialized attention and care. This dissertation had the finality, to realize the ergonomic analyze of the professional's works at a particular home for old peoples in the Santa Catarina State. This academic study was realized by to analyze workstation of health attendants (the nurse or attendants which to take care of old people) and by to obtain theoretical support that permits defining parameters of the elderly institutions in order to improve their living conditions, which fits to their physical, informative and social necessities, as well as in the use of the habitational spaces. The literature's review was made of a way that could serve as a theoretical support for the assembling of the employed methodology in the case study. The information survey to case study was taken from the health attendants obtained through interviews using an evaluation questionnaire. The data obtained with case study permits to evidence the reality by health attendant and old people living in that institution. The case study like a methodology in this dissertation made possible to evaluate and to confirm the contribution of ergonomy as a reference, in special by to reveal improper postural consuming, evolving a big mental and physical cargo of professional in the take care with elderly. The confrontation of the consulted authors information, the documents, the laws, the norms and the information obtained by the case study have developed the need to improve the or, even, be used to make the proper adaptations in the institution.

Keywords: Elderly, Life quality, Needs, Health Attendant, Accessibility

CAPITULO I

1.1 INTRODUÇÃO

Envelhecer não é um momento, mas um processo muito complexo, com implicações para a pessoa que o vivencia e para a sociedade. O envelhecimento como um processo irreversível a que todos estamos sujeitos deve ser mais bem compreendido principalmente numa época, em que nosso país arca com um crescente número da população de pessoas idosas, e que junto a isto, possui uma sociedade despreparada praticamente em todas as suas esferas para lidar com esta realidade (RAMOS, 1995).

Dados demográficos apontam um crescente envelhecimento da população mundial. Esse fenômeno inicialmente observado em países desenvolvidos, passa a ocorrer também em países em desenvolvimento (RAMOS, VERAS E KALACHE, 1987). Contudo, pessoas que tem a ventura de desfrutar mais anos de vida, nem sempre conseguem fazê-lo com saúde (ROFECKER, 1983; FERNANDES, 1999).

O envelhecimento é considerado o resultado de vários processos biológicos naturais irreversíveis e influenciado por aspectos socioeconômicos e psicossociais (HOFECKER, 1983; LEHR, 1999). Os processos patológicos tornam-se graduais na velhice pela falência da capacidade do organismo em responder positivamente às mais diversas agressões (HAUGEN, 1992). Por decorrência muitos idosos tornam-se fragilizados ou incapacitados de realizar tarefas do dia-a-dia, necessitando de pessoas que os auxiliem e se responsabilizem por fornecer esses cuidados.

Com isso o processo de envelhecimento exige novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios, ou seja, uma melhor qualidade de vida para essas pessoas. Para Barros (1993, p. 45), os elementos da qualidade de vida baseiam-se na fruição (desfrutar) garantida e tranqüila da saúde, da educação, da alimentação adequada e da habitação, de um ambiente estável e saudável, da equidade, da igualdade entre os sexos, da participação nas responsabilidades da vida, da dignidade e da segurança.

Contraditoriamente, por razões que fogem ao escopo deste trabalho, muitos idosos são institucionalizados e passam a receber a atenção e o auxílio de pessoas estranhas para realizar suas atividades da vida diária (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999). A condição dos idosos institucionalizados varia consideravelmente, desde a condição de independência, a de dependência parcial e total, como no caso das pessoas com dificuldade de deambulação ou acamadas, que necessitam de monitoramento constante.

Apesar do crescimento do número de instituições residenciais para idosos no Brasil, essas são na sua maioria são privadas (WALDOW, 1987). E como coloca Bastian (1976,1979), os serviços nas clínicas funcionam em condições precárias e a qualidade do atendimento é insatisfatória em face da carência de pessoal técnico especializado.

O crescente número de idosos institucionalizados associado a precariedade de funcionamento de algumas clínicas tem chamado a atenção da sociedade e de órgãos públicos para as condições de funcionamento dessas instituições. O resultado disso é a imposição de exigências legais quanto à estrutura física e as condições de acessibilidade do local, os equipamentos e utensílios utilizados, a qualificação e a diversidade dos profissionais que lá trabalham em função da multiplicidade de necessidades apresentadas por parte desse público, como por exemplo, atendimento médico, psicológico, fisioterápico etc. Sendo assim, é preciso que a sociedade se conscientize em proporcionar ao idoso acesso universal e igualitário aos cuidados médicos, dos serviços de saúde física ou mental, assim como, ambientes de vivência.

Um dos principais aspectos a ser considerado nessas instituições é o fator humano, de maneira mais específica as pessoas que convivem e auxiliam as pessoas idosas nas atividades da sua vida diária. O Estado tem se preocupado especialmente com esse aspecto, dada a inexistência de uma lei que impeça uma pessoa de realizar a atividade de “cuidador” - denominação utilizada para designar as pessoas que executam a função de cuidar de idosos.

O mais indicado é que o cuidado diário, de rotina, do idoso fragilizado, semidependente ou dependente fosse realizado por um profissional de

enfermagem, seja ele um auxiliar, um técnico de enfermagem ou um enfermeiro. Isto se deve ao fato de que, o idoso que se encontra nessas condições necessita de atenção específica com sua alimentação, higiene, medicação e curativos. Diante da impossibilidade de garantir que os cuidadores tenham uma das formações apontadas acima, a estratégia do Governo Federal para preencher essa lacuna foi subsidiar cursos de cuidadores domiciliares (familiar e não familiar) e de cuidadores institucionais através do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.

Apesar de iniciativas como essa, muitas instituições responsáveis por cuidar de idosos funcionam em condições precárias não apenas sob o ponto de vista estrutural e material, mas também humano. Tal fato denota uma preocupação com a qualificação dos profissionais que atuam nesses ambientes e com suas condições de trabalho. Assim, centrado na preocupação que as instituições geriátricas prestem um serviço de qualidade e segurança para as pessoas idosas, mas também que ofereçam condições de trabalho adequadas para que os profissionais que lá trabalham o foco desse trabalho é o estudo das condições de trabalho das pessoas que lidam com a terceira idade, mais em específico os cuidadores, que atuam em instituições geriátricas de cuidados especializados. O objetivo é que através da realização de uma análise ergonômica do posto de trabalho do cuidador de idosos consiga-se verificar pontos críticos referentes, a movimentação, esforço, repetitividade de movimentos, sobre carga de trabalho etc. que possam estar comprometendo a saúde do profissional, bem como pondo em risco a qualidade no atendimento do indivíduo da Terceira Idade¹, já que a preocupação maior da Ergonomia enquanto área de conhecimento é a melhoria da qualidade de vida do ser humano.

¹ “Os falantes de línguas latinas usam a expressão Terceira Idade para designar os idosos, pessoas com 65 anos. Esta expressão tem origem no francês para o título de *les universités du Troisième Age*. Agora, os franceses estão usando o termo Quarta Idade para a faixa etária acima dos 80 anos” (VERAS 1994, p.37).

1.2 OBJETIVOS

Entre os objetivos definidos para esse estudo estão.

1.2.1 Objetivo geral

Estudar o posto de trabalho mais crítico de uma Casa Geriátrica de Repouso, através da Análise Ergonômica, com vistas a propor melhorias em relação às condições de trabalho encontradas.

1.2.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral estabelecido para esse estudo foram definidos como objetivos específicos:

- Realizar uma revisão bibliográfica no intuito de: estabelecer conceitos; conhecer a legislação que define as condições de funcionamento das Casas Geriátricas de Repouso e os direitos das pessoas da terceira idade; normas que estabelecem os parâmetros de acessibilidade etc;
- Realizar uma Análise Ergonômica do Trabalho (AET) para verificar as condições ergonômicas de uma Casa Geriátrica de Repouso, no que tange:
 - aos aspectos de estrutura física (situação de conforto ambiental, condições de acessibilidade, dentre outros);
 - aos aspectos relativos a interface funcionários e idoso (tipo de relacionamento);
- Elaborar e aplicar um questionário no intuito de coletar informações junto aos profissionais de enfermagem e cuidadores dos idosos; e
- Propor recomendações de melhorias para situação de trabalho analisado.

1.3 JUSTIFICATIVA

O Brasil vem passando atualmente por uma grande mudança no seu perfil demográfico com um incremento intensivo do número tanto absoluto como relativo de idosos. Este quadro se deve a uma crescente queda de fecundidade, ocorrida concomitantemente com o aumento da expectativa de

vida (VERAS, 1994). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo. Essa informação se por um lado causa satisfação por outro causa preocupação, já que o processo de envelhecimento além de sabedoria e experiência trás transformações físicas que diminuem a capacidade de deambulação, de visão, de audição etc (RAMOS, 1995).

Por tais motivos a população idosa representa uma faixa etária susceptível a enfermidades crônicas, com baixa letalidade, mas com elevado grau de incapacidade (VERAS, 1994). Para reduzir essa condição de incapacidade é preciso considerar o envelhecimento um processo natural, que trás benefícios, mas gera necessidades específicas que precisam ser atendidas para que o idoso continue tendo uma vida social integrada e produtiva sob o ponto de vista bio-psico-social.

Contudo, não é raro ouvir-se na mídia denúncias de maus tratos contra idosos em asilos para os idoso ou casas de repouso. Para as pessoas que dedicaram uma vida inteira ao trabalho e a família, experimentar maus tratos e a condição de abandono, envelhecer deixa de ser um processo digno para se tornar um sofrimento, muitas vezes um lamento a respeito da condição de estar vivo.

Essa é a situação enfrentada por muitas pessoas confinadas em instituições como asilos para os idoso ou casas geriátricas, maioria em situação financeira precária, para os quais o envelhecimento torna-se um processo ainda mais doloroso, uma vez que, além da fragilidade física imposto pela idade e por enfermidades tem de lidar com a saudade de parentes e amigos que por motivos diversos se afastam ou esquecem de visitá-los. Para essas pessoas o ambiente institucional para a ser o espaço onde constrói relações e estabelece trocas.

Nesse universo de interpelações pessoais os profissionais de enfermagem e o cuidador ocupam papel especial já que são eles que, dia e noite, participam da construção das referências do idoso naquele ambiente específico. A atividade do cuidador (pessoa responsável pelos cuidados com o idoso) é vista como uma ocupação e não profissão. A função foi oficializada pela Portaria Interministerial n°. 5.153, de 7 de abril de 1999, que considera a

necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso e de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida. O cuidador oficializado por esta portaria é capacitado a realizar cuidados básicos, que de acordo com os documentos sobre o assunto, diz respeito à higiene, alimentação e ajuda na locomoção, mas que na prática não se restringe a essas atividades.

É dentro desse contexto de trabalho, trocas e experiências que a Ergonomia, como uma ciência antropocêntrica que trata de aspectos relacionados ao trabalho, sob uma perspectiva multidisciplinar, busca-se auxiliar com a realização desse estudo as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e dos cuidadores de idosos, indiretamente a qualidade do serviço prestado e a qualidade de vida de todos os envolvidos no processo de atendimento.

1.4 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

No estudo de caso, a pesquisa limitou-se a avaliar um posto de trabalho de uma Casa de Assistência para a Terceira Idade sendo que esta Instituição Geriátrica é composta de duas casas de assistência a pessoas da terceira idade (idosos), apenas uma das casas foi estudada neste trabalho, esta está situada no estado de Santa Catarina, na cidade de Brusque. Outras modalidades para o atendimento do cidadão idoso, como, centro dia, casa lar, centros de convivência e produção, não farão parte desta pesquisa.

Soma-se a essa limitação a escassez de material bibliográfico que trate de questões referentes à mão-de-obra utilizada em asilos para idosos, bem como da própria assistência aos idosos e demais questões que envolvem as condições de funcionamento dos asilos para idosos. Outra limitação é a coleta de dados que depende da veracidade das respostas obtidas no asilo para idosos estudado assim como da disponibilidade dos profissionais de enfermagem e cuidadores de idosos de responder aos questionamentos realizados.

1.5 METODOLOGIA

A metodologia apresentada a seguir tem a finalidade de indicar os procedimentos que serão utilizados no desenvolvimento do presente estudo. Lakatos e Marconi (1992) colocam que a pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um trabalho científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se têm informações para solucioná-lo. Sendo assim, pode-se inferir que existem diversos modos de conhecer a realidade que nos cerca.

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, pois o ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave (SILVA E MENEZES, 2000). Considera-se analisados as condicionantes (capacidade física, emocional, etc.) que se traduzem em uma carga de trabalho maior ou menor, do ponto de vista psicológico e fisiológico, no posto de trabalho dos funcionários em estudo. E tem caráter descritivo e exploratório. Exploratória porque se buscou explorar as inter-relações entre os funcionários e suas interações no decorrer da execução de suas funções, observando fatos e espaços. Descritiva, porque nela estão relatados os dados obtidos nas declarações, assim como aspectos relativos a atitudes e opiniões da população estudada, observando e descobrindo-se fenômenos para descrevê-los, analisá-los e interpretá-los posteriormente. (GIL, 1991)

Para o alcance dos objetivos deste estudo, a metodologia consistiu das seguintes etapas:

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica acerca da terceira idade, as condições de funcionamento das Casas Geriátricas e seus funcionários atuantes no atendimento das pessoas da terceira idade. Na continuação desse levantamento bibliográfico foram selecionadas considerações quanto à Ergonomia, com enfoque na Análise Ergonômica do Trabalho (AET).

Em seguida realizou-se uma Análise Ergonômica do Trabalho utilizando as técnicas descritas a seguir, qual sejam: entrevista estrutura com os profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem) e cuidadores que

trabalham na Casa Geriátrica de Repouso; visitas técnicas exploratórias para identificar os postos de trabalhos mais críticos e que deveriam ser analisados; entrevistas informais com os idosos; entrevista com o diretor da Casa; análise do layout e das condições de circulação no ambiente interno da Casa em estudo, das condições de acessibilidade, e dos utensílios e instrumentos de trabalho.

Os dados e informações coletadas foram analisados tomando como referência as recomendações de funcionamento de Casas e Clinicas Geriátricas e as atividades atribuídas aos profissionais de enfermagem e ao cuidador de idosos segundo diretrizes legais. A conclusão do estudo com suas recomendações gerais para aplicabilidade futura nesse ambiente específico resultaram das análises realizadas.

1.5.1. Objeto de estudo

O objeto desse estudo é a Casa de Assistência Facto (Casa Geriátrica de Repouso) localizada no estado de Santa Catarina. De maneira mais específica o posto de trabalho dos funcionários (auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos).

1.5.2. Método de estudo

A investigação científica depende de um “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos” (GIL, 1999, p.26) para que seus objetivos sejam atingidos: os métodos científicos. Método científico é o conjunto de processos ou operações mentais que se devem empregar na investigação. Sendo que neste estudo o método utilizado é o descritivo porque se busca descrever a realidade da investigada de modo a fazer com que o pesquisador conheça o objeto de estudo, e com isso possa refletir sobre ele e interpretá-lo.

1.5.3. Técnicas utilizadas na pesquisa

Sob o ponto de vista dos procedimentos foram utilizadas as seguintes técnicas no desenvolvimento do presente estudo:

Revisão bibliográfica em fontes secundárias de informação (MATTAR, 1999);

Análise documental de documentos como leis e decretos (MATTAR, 1999);

Entrevistas informais com os funcionários, os idosos e com os proprietários da Casa de Assistência (MINAYO, 2000). Definido o problema a ser analisado neste trabalho, formulado as hipóteses com referencia a demanda, constituindo assim a análise da demanda (SANTOS E FIALHO, 1995);

Entrevista formal com os profissionais (cuidador e auxiliar de enfermagem) através da aplicação do questionário elaborado a partir do levantamento bibliográfico e necessidade de levantar aspectos específicos do ambiente investigado (MINAYO, 2000);

Observação assistemática das atividades desenvolvidas na Casa de Assistência para verificar como eram realizadas as atividades pelos cuidadores de idosos e auxiliares de enfermagem (RUDIO, 2002). Nesta fase ocorre a Análise da Tarefa, o que os funcionários devem realizar e as condições ambientais, técnicas e organicionais para essa execução; e análise das atividades o que os funcionários realizam para executar a tarefa (SANTOS E FIALHO, 1995);

Visitas técnicas com o objetivo de avaliar o layout da casa em estudo, suas condições de circulação, de acessibilidade (existência de rampas de acesso e suas condições, a existência de corrimão nos corredores e nos banheiros, a existência de ambientes adaptados como os banheiros etc.)

Os dados levantados na análise ergonômica do trabalho serão reagrupados, sendo confrontados uns com outros, sintetizados e interpretados na forma de sintomas, e estabelecido o Diagnóstico (SANTOS E FIALHO, 1995). Análise de conteúdo das questões qualitativas. Baseado em dados ergonômicos normativos gerais e dados ergonômicos específicos da situação de trabalho analisada, juntamente com as recomendações específicas para Casas Geriátricas, finalizando com as recomendações e conclusões.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O Capítulo 1 discorre sobre a apresentação do problema, os objetivos da pesquisa, a justificativa para sua realização, as limitações do estudo e a estrutura do trabalho. No Capítulo 2, fez-se uma revisão teórica sobre a terceira

idade, os trabalhadores de Clínicas Geriátricas, enfocando o cuidado e o auxiliar de Enfermagem, e uma breve explanação a respeito da importância da Ergonomia e da AET enquanto instrumento de análise das condições de trabalho. O Capítulo 3 enfoca a caracterização da Casa de Assistência em estudo (Empresa) com sua descrição, análise da demanda com entrevistas e questionário, análise da tarefa prescrita e análise da Atividade enfocando a tarefa realizada. Já no Capítulo 4 faz-se uma análise dos resultados alcançados. E por fim, Capítulo 5 apresenta-se as conclusões do estudo e suas recomendações.

CAPITULO II – O IDOSO, INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS E OS CUIDADOS

2.1. O CRESCIMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA: TERCEIRA IDADE

A população idosa compõe o segmento populacional que mais cresce, proporcionalmente, no planeta (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Esse fenômeno mundial é resultado de uma série de avanços na área de saneamento básico, controle da natalidade, diminuição da mortalidade infantil, progressos da medicina e estilo de vida mais saudável (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; MPAS, 1996; CHAIMOWICZ, 1998).

Entre os anos 1950 e 2000, o número de pessoas acima dos 60 anos cresceu de 200 milhões para 590 milhões no mundo e estima-se que no ano 2050, esse número alcançará à cifra de 2 bilhões de pessoas no mundo (STEEN, 1992; UNITES NATIONS POPULATION DIVISION, 1998). O crescimento será mais pronunciado em países em desenvolvimento, onde a população acima de 60 anos se multiplicará mais de nove vezes, passando de 171 milhões em 1998 para 1.594 milhões em 2050 (UNITES NATIONS POPULATION DIVISION, 1998).

Mas quem é essa parcela da população que cresce num ritmo tão acelerado? A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera como pessoa da terceira idade a pessoa a partir de sessenta anos, já que a partir dessa idade a pessoa começa a exigir e receber mais atenção e cuidados, em função da acentuação das transformações fisiológicas.

A legislação brasileira acompanhou a orientação da OMS, estipulando, através do Artigo 2 da Lei n.º 8.842, de 1994, o mesmo limite inicial de idade. A década de setenta foi um divisor de águas e marcou o início do processo de transformação do perfil da população brasileira com a queda da mortalidade em todas as faixas etárias, e um conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Uma idéia desse significativo crescimento pode ser percebida analisando-se o período de 1980 a 2000, quando o contingente de pessoas entre 0-14 anos teve um aumento de 14 % enquanto o grupo de pessoas

idosas cresceu 107 %. A estimativa é que em 2025 exista mais de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no país, fazendo com que o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo, o que implica em dizer que quase 15% dos brasileiros terão idade superior a 60 anos (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; PONTE, 1996; IBGE, 2000).

A expectativa média atual de vida da população brasileira ao nascer é de 69 anos para os homens e de 72 para as mulheres. Todos esses dados demonstram que o perfil da população brasileira está sendo alterado e não há mais sentido falar num país jovem.

Esse novo perfil populacional configura-se num desafio para o Brasil neste início de século, já que o aumento da expectativa de vida da população gera necessidades específicas que precisam ser supridas com o investimento e criação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, como por exemplo, a Política Nacional do Idoso (*Diário Oficial* – SP, 1999 – Ministério da Saúde) e o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741, 2003). Esses documentos contêm diretrizes que giram em torno da promoção do envelhecimento saudável e o cuja finalidade é orientar quanto aos direitos fundamentais dos idosos. Uma vez que, paralelamente às modificações demográficas, há que se pensar em transformações socioeconômicas e arquitetônicas-estruturais que visem à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

2.2 O ENVELHECER

Desde que o homem se deu conta de seu papel social, existe a pergunta do porquê do envelhecimento, e a procura pela juventude eterna. Os primeiros registros com esta preocupação talvez sejam os relatos bíblicos, mas muito pouco se concluiu a respeito do assunto. Assim, como sugere Veras (1994) vale a pena perguntar, “quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos?”. No contexto de idade ainda em trabalho há um consenso que as pessoas acima dos 45 anos são pessoas que envelhecem e aqueles acima dos 55 anos são pessoas “anciãs”.

Para Brêtas Oliveira (1999, p.64.) o envelhecimento deve ser compreendido:

“... à luz da mediação teórica entre várias áreas do conhecimento humano, sendo que precisa ser visualizado nas esferas do indivíduo e da sociedade e nas perspectivas analíticas de gênero, geração, classe social e etnia. É um processo contínuo e finito, onde a imagem do corpo tem uma significância fundamental e a perda da autonomia (capacidade de tomar decisões) é o delimitador entre a saúde e a doença, responsável pela estigmatização dos (as) idosos (as) na sociedade”.

O envelhecimento é um fenômeno universal, natural, intrínseco a todos os animais superiores e que afeta cada um de nós de profundas maneiras e sua inevitabilidade e universalidade exigem explicações tanto biológicas como funcionais e psicossociais. Rodrigues et al (apud RODRIGUES & DIOGO, 1996) argumenta que o envelhecimento, do ponto de vista psicossocial, tem sido marcado por transformações universais, o que é comum a muitas espécies: o nascimento, o crescimento e a morte. No entanto, a velhice do ser humano depende da forma como o homem viveu no decorrer de sua vida, valores, crenças, atitudes assumidas que determinaram diferentes formas de concepção acerca do processo de envelhecimento. O processo de envelhecimento se manifesta, portanto, conforme as particularidades do sujeito, ocorrendo-lhe diversas mudanças biológicas, funcionais e, ainda, psicossociais que podem ou não estar inter-relacionadas. É conceituado de distintas maneiras, como o ciclo de vida, o curso de vida, o desenvolvimento, ou os estágios que encampam diferentes noções de valor da vida humana.

Sob o ponto de vista das mudanças biológicas o processo de envelhecimento e longevidade é um processo em que ocorrem mudanças nas células, nos tecidos e no funcionamento dos diversos órgãos. De acordo com Angulo (1982, p. 8), “já entre os 40 e 50 anos, de um modo geral, a silhueta começa a modificar-se, em função do aumento do peso. A atitude postural do indivíduo idoso caracteriza-se, sobretudo, pela preponderância das flexões. A

coluna cervical curva-se para frente aproximando a cabeça do esterno, exagera-se a cifose dorsal, imobiliza-se a coluna lombar e os membros tendem a fletir-se ao nível dos cotovelos, dos joelhos, e desarticulações coxofemorais. A marcha é mais lenta, traduzindo-se por pequenos passos, onde os pés se arrastam descontroladamente pelo solo numa idade bem mais avançada. Observando a face, nota-se o aparecimento de rugas, o alargamento da região frontal, o embranquecimento e a queda dos cabelos. A pele, principalmente nas partes expostas, perde seu vigor e se pigmenta, fica mais seca e sem elasticidade, quando pouco cuidada fica amarelada e adelgada, e aparecem manchas pardacentas com freqüência nas regiões do corpo expostas, principalmente no dorso. Os órgãos, de forma variável, vão diminuindo sua capacidade funcional com a idade “.

Já, quando se fala em mudanças funcionais destaca-se os problemas físico-motores. Os ossos dos idosos ficam mais frágeis, e, portanto, com maior risco de fraturas; ocorre perda da massa e da força muscular, o que gera dificuldades de manter o equilíbrio. Como consequência o idoso apresenta o andar mais lento e menos ágil. As alterações das estruturas articulares, ainda podem causar uma diminuição da estatura. Por sua vez, a rigidez das articulações devido à diminuição da elasticidade e amplitude de movimentos, gera consequências na realização de atividades diárias como, abaixar o corpo e calçar sapatos e amarrar cadarços, pentear os cabelos, vestir abotoar roupas, limpar um chão, abrir vidros, pegar coisa em prateleiras entre outras (ÂNGULO, 1982).

Assim, não é raro ouvir-se que, após os 60 anos, não se anda bem; não se respira direito; não se tem boa memória, e diz-se que é coisa da idade. Há que se concordar que o processo de envelhecimento físico, mas, pois há um consenso de que idoso é um ser limitado e obrigatoriamente imóvel e incapaz; no entanto, as limitações existem em qualquer idade e isso não deve diminuir o valor da pessoa idosa.

Quando se fala das mudanças psicossociais vale destacar que não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento já que as conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito causam divergência não apenas quanto ao papel do idoso na sociedade, mas também quanto a sua utilidade (VERAS, 1994, p. 37). Por isso é importante não perder de vista que, no processo de envelhecimento, a capacidade funcional do idoso encontra-se alterada, devido às mudanças biológicas no organismo e de hábitos de vida que podem limitar o funcionamento de um sistema, contudo o envelhecimento é um processo evolutivo, contínuo e inevitável da capacidade funcional, que pode ser retardado, mas não evitado (JACOB *apud* DEBETIR, 1999).

Sendo o envelhecimento um processo evolutivo e inevitável na vida das pessoas, porque as pessoas idosas são vistas como “doentes” e “incapazes”, e a velhice não é percebida socialmente como apenas mais uma fase da vida humana. A resposta parece advir do fato da condição de velhice ter um forte componente social, guiado pelo padrão estético de jovialidade e pela capacidade produtiva que coloca na condição de dispensável quem não se enquadra no estereótipo vigente.

Atrelado ao estigma de inútil os idosos têm de enfrentar as perdas emocionais que se intensificam no final da vida. São pessoas queridas que morrem precocemente, são os filhos que se casam, mais tarde os amigos que se vão e, o mais dolorido, o adeus ao esposo ou esposa. O somatório dessas perdas põem fim à auto-estima pessoal e faz com que o envelhecimento em muitos casos se caracterize por um “estado de ausência”.

Quanto a este “estado de ausência” Brink (1979, p.15) destaca:

“Na essência, os últimos anos da vida de uma pessoa envolvem uma perda progressiva de muitas coisas, como: saúde, beleza, carreira, segurança financeira, status, e uma auto-imagem estável. O próprio temor da morte pode ser outro fator. A maioria dos indivíduos suporta estas perdas e adapta-se criativamente a mudanças inevitáveis”.

O processo de envelhecimento nos chama a atenção para a condição de fragilidade para a qual caminha o homem, mas igualmente para a necessidade desse preparar a sociedade para essa fase inevitável da vida humana. E o mais importante, já que não se pode evitar o envelhecimento, resta-nos planejar e projetar espaços construídos e naturais, agradáveis, seguros e confortáveis, para que, de alguma maneira, minimizar as perdas físicas, afetivas, econômicas e sociais dessas pessoas e deixá-las o menos dependente possível.

Pensando na questão de adaptação deve-se salientar que todas essas mudanças biológicas, funcionais e psicossociais conferem as pessoas idosas características e peculiaridades atribuídas a sua idade e fase da vida. Por exemplo, por falta de atividade durante o dia os idosos costumam dormir durante esse período, dormem e acordam muito cedo e por isso muitos tem problemas com o sono noturno. Os problemas mais comuns que interferem no sono estão ligados a algumas doenças que podem e devem ser tratadas, como: a síndrome da apnéia noturna, a síndrome da perna inquietada, os movimentos periódicos das pernas, dores de diversos tipos, problemas de incontinência urinária, problemas psíquicos de ordem subjetiva, como depressão ou melancolia, ou de fundo neurológico, como a demência causada pelo Mal de Alzheimer. Alguns idosos com problemas de sono tomam remédio para dormir, cujo efeito pode prolongar-se ao longo do dia, ocasionando problemas de memória, dificuldade em movimentar-se e tremores. Tudo isso aumenta o risco do idoso sofrer acidentes.

Esse conjunto de fatos gera uma fragilidade que permite classificar o grau de independência ou dependência do idoso para realizar as atividades da vida diária. Benko et al. (1991), propõem uma classificação que enquadra o idoso numa das três situações:

- a) Independentes, os idosos que tem capacidade para escolher suas regras de conduta, orientar seus próprios atos e realizar as atividades cotidianas sem ajuda e de adaptar-se ao meio ambiente;
- b) Semi-dependentes são aqueles que apresentam limitações para realizar as atividades da vida diária ou suprir suas necessidades psicológicas e/ou sociais e/ou econômicas; e
- c) Dependentes são aqueles idosos que dependem de outras pessoas ou de serviços especializados para atender a maioria das suas necessidades básicas, físicas ou mentais.

Os aspectos apontados são determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, uma vez que segundo Neri (1993, p. 10), o bem-estar na velhice está relacionado à “longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos)”. O autor complementa argumentando que envelhecer satisfatoriamente depende do delicado **equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, ou seja, em ter qualidade de vida.**

Neste sentido, a qualidade de vida pode ser compreendida como formas emergentes de adaptação às condições de vida culturalmente reconhecidas, que a sociedade oferece aos seus idosos em uma adaptação multidimensional. Em outras palavras, ter qualidade de vida implica para o idoso, estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. E nesse processo de adaptação multidimensional a família ou outros grupos instituídos e responsáveis pelo cuidado com o idoso, como asilos e casas de repouso, são atores centrais e responsáveis.

Quanto ao cuidado o desejável é que a pessoa envelheça e permaneça entre as pessoas de sua família, mas nem sempre isto é possível. A solução encontrada por muitas famílias ou pelo próprio idoso são os asilos ou clínicas geriátricas especializadas. Neste caso é preciso investir na formação de profissionais que prestam assistência aos idosos, já que esses profissionais geralmente lidam com pessoas portadores de diversos distúrbios psico-sócio-econômicos, constituindo-se clientes de serviços mais complexos, que exigem da equipe de enfermagem mais tempo para a prestação dos cuidados uma vez que são esses profissionais que passam mais tempo com os idosos.

Como visto anteriormente, além da fragilidade imposta pela idade os idosos estão mais susceptíveis a muitas enfermidades e acidentes domésticos. Monteiro (1989) aponta que os idosos costumam ser portadores de múltiplas enfermidades, tendo uma média de aproximadamente 3,7 diagnósticos por idoso (MONTEIRO 1989). Essa

situação impõe aos familiares e/ou aos profissionais que convivem diariamente com essas pessoas cuidados redobrados para que consigam manter e aumentar hábitos saudáveis de alimentação, higienização, deambulação e convivência. No caso dos profissionais que cuidam dos idosos além do auxílio na realização das atividades da vida diária eles tem de tentar diminuir e compensar as carências afetivas decorrentes da ausência de familiares e pessoas queridas. Ou seja, são esses profissionais que auxiliam de maneira mais intensa e efetiva o idoso a vivenciar a velhice e superar o desafio cotidiano de manter a dignidade frente ao outro e, sobretudo, ao próprio desejo de viver.

Diante do exposto o que se pode concluir é que o envelhecimento é um processo que faz parte do ciclo evolutivo do homem, basta lembrar o dito popular que se começa a envelhecer segundos depois que se nasce. Contudo, a forma como se envelhece, hábitos saudáveis, o ambiente em que se esta e o apoio que se recebe nessa fase da vida são fatores determinantes para que o processo de envelhecimento seja, além de saudável prazeroso sob o ponto de vista psicossocial.

2.3 A NECESSIDADE DE UMA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA DE AMPARO AOS IDOSOS

Com o aumento da expectativa de vida da população e a conseqüente organização dos idosos, que passaram a lutar por um sistema de aposentadoria capaz de garantir-lhes dignidade, por um sistema de saúde adequado, por espaços de lazer, por leis mais duras contra atos de violência

contra eles praticados nos próprios lares, a questão do envelhecimento transformou-se em questão pública. Todo esse movimento estimulou o Legislativo a construir, com a decisiva colaboração da sociedade civil, um conjunto de dispositivos legais voltados a dar efetividade as diretrizes constitucionais que garantem dignidade a todo ser humano, independentemente de sua idade.

Segundo Kalache (1996, p. 14), referindo-se às políticas de assistência ao idoso, coloca que, além de ser necessário estarmos preparados pessoalmente para desfrutar esta etapa da vida, o mesmo devem fazer os governos: “é preciso se preparar, desenvolver políticas inteligentes, realistas e igualitárias. Não adianta nada ter políticas fantásticas que beneficiam 10 ou 15% da população, absorvendo uma quantidade fenomenal de recursos e deixando a maioria de fora”. O autor reforça ainda que “envelhecer é um triunfo, mas, para gozar da velhice, é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegam lá”.

Em outubro de 2003, o Congresso Nacional aprovou e sancionou a Lei nº.10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Com a decisiva colaboração da sociedade civil, o Legislativo construiu um conjunto de normas voltadas a dar efetividade aos dispositivos constitucionais que garantem dignidade a todo ser humano, independentemente de sua idade. Trata-se de uma Legislação moderna, na mesma linha da Lei de Ação Civil Pública, do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Código do Consumidor, mas que demonstra a preocupação da sociedade brasileira com o seu novo

perfil populacional, já que esse perfil populacional exige do Estado e da sociedade ações efetivas voltadas à garantia dos direitos fundamentais das pessoas 60 anos ou mais idade.

Em linhas gerais entre as medidas de proteção aos idosos, estabelecidas pelo Estatuto do Idoso, estão a garantia preferencial de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de remédios gratuitos, especialmente, os de uso continuado, o impedimento dos planos de saúde de reajustarem as mensalidades de forma diferenciada em razão da idade. Ainda ficou definidos, para os maiores de 65 anos, a gratuidade nos transportes coletivos públicos e o desconto de pelo menos 50% nos ingressos para eventos artísticos e esportivos. Nesse grupo, quem não conseguir garantir a subsistência terá direito a 1 salário mínimo, benefício atualmente concedido só a idosos com mais de 67 anos.

O descumprimento e desrespeito ao cumprimento do Estatuto do Idoso podem implicar em penas que chegam a 12 anos de reclusão para quem for processado por expor a pessoa idosa a perigo de vida, submetendo-a a condições desumanas ou degradantes ou privando-a de alimentos e cuidados indispensáveis. As famílias que abandonarem cidadãos de terceira idade em hospitais e casas de saúde poderão ser condenadas por períodos de 6 meses a 3 anos de detenção (GUEDES, 2003).

A Lei n.º 10.741 de 1º de outubro 2003, que dispõe a respeito do Estatuto do idoso e dá outras providências assegura que as pessoas com mais de 60 anos têm direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à profissionalização, à previdência, à assistência, à habitação, ao transporte. A respectiva Lei está dividida em 7 Títulos: i) o Título I referente às Disposições Preliminares,

composto por 7 Capítulos; ii) o Título II que trata dos Direitos Fundamentais, composto por 10 Capítulos; iii) o Título III que trata das Medidas de Proteção, composto por 2 Capítulos; iv) o Título IV, da Política de Atendimento ao Idoso, composto por 6 Capítulos; v) o Título V, do Acesso a Justiça, composto por 3 Capítulos; vi) o Título VI, Dos Crimes, composto por 2 Capítulos; e vii) o Título VII trata das disposições Finais e Transitórias, composto este último por 10 Artigos (Congresso nacional, Estatuto do Idoso)..

Destacar-se-á a título informativo, alguns aspectos da lei referentes aos direitos dos idosos que parecem pertinentes ao presente trabalho.

O TÍTULO I que trata das Disposições Preliminares estabelece no:

- Art. 1º - “Fica instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.”

- Art. 2º - “O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”.

- Art. 3º - “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

- Art. 7º - “Os Conselhos Nacionais, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei” (Capítulo II, Art 3º, encontram-se os princípios e diretrizes: A família, a sociedade e o Estado tem o

dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo-lhe sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito a vida". Fica estabelecido ainda que o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza") (Congresso Nacional, Estatuto do Idoso).

No TÍTULO II - Direitos Fundamentais destaca-se no:

- Capítulo IV, do Direito à Saúde, ficou definido:

- Art. 18º – “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”. - Capítulo IX, do direito da Habitação,

- Art. 37º - “O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada" contendo nos parágrafos:

- 1º - A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família;
- 2º - Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente; e
- 3º - As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis e condizentes com as normas sanitárias, sob as penas da lei.

- Art. 38º - Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

- I – reserva de três por cento das unidades residenciais para **atendimento** aos idosos;
- II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;
- III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso; e
- IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão (Congresso nacional, Estatuto do Idoso).

No TÍTULO IV referente a Política de Atendimento ao Idoso destaca-se:

- Capítulo I, disposições gerais, consta no Art. 47º - São linhas de ação da política de atendimento: I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

- Capítulo II, das Entidades de Atendimento ao Idoso:

- Art. 48º – “As entidades de atendimento são responsáveis **pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso**, conforme a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994”. Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta,

junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos: I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; e

- Art. 50º – “Constituem obrigações das entidades de atendimento”:

- IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;
- VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso; e
- XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica (Congresso nacional, Estatuto do Idoso).

Como se pode ver não é por falta de dispositivos legais que as pessoas portadoras de deficiência correm o risco de ficarem desamparadas, e que as pessoas que não respeitem os direitos dos idosos fiquem impunes. O que se tem que destacar é que a legislação que ampara o idoso, bem como o próprio Estatuto do Idoso não irão dar conta de eliminar todas as discriminações e violências praticadas contra os mesmos, mais do que isso é preciso criar consciência de que o envelhecimento é um processo natural da vida humana, e portanto, deve ser respeitado como em qualquer outra fase. Isto porque no Brasil, apesar de a Constituição de 1988 determinar que o respeito à pessoa humana deva ser a principal conduta das autoridades e dos cidadãos, a grande maioria da população continua abandonada e privada dos seus direitos fundamentais. Como consequência dessa privação ao longo da vida o idoso sofrido e aviltado em sua dignidade é, na maioria das vezes, a criança que teve

uma infância abandonada, uma adolescência desprezada, e uma vida adulta marcada pelo desemprego (RAMOS, 2004). Assim, o Estatuto do Idoso apresenta-se como mais uma importante estratégia para auxiliar no processo de construção de um espaço em que a dignidade da pessoa humana ocupe espaço de eminência.

2.4 INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS

À medida que os indivíduos atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados permanentes e os custos que advêm desses cuidados aumentam. Com isso a demanda por instituições de longa permanência tem aumentado e acompanhado o processo de envelhecimento do conjunto da população (OMS,1974; BRAVO et al.,1999).

Com relação às taxas de institucionalização, ou seja, ao número de idosos que residem em algum tipo de instituição geriátrica constatam-se que nos EUA, a taxa de idosos institucionalizados vêm mantendo-se constante desde a década de 70, por volta de 4,4%. Porém, há um aumento das taxas, quando estudadas por segmentos de faixa etária. Em 1977, as taxas de institucionalização entre idosos de 65 a 74 eram de 1,08%, entre 75 e 84 era de 4,55% e entre os idosos acima de 85 anos alcançava 19,2% (CENTER FOR DISEASES CONTROL, 2001). Em 1992, 3% dos homens e 6% das mulheres com mais de 65 anos residiam em casas geriátricas. Para faixas etárias específicas, a porcentagem aumenta de 1%, entre homens e mulheres, de 65 a 74 anos, para 15% para homens e 25% de mulheres acima de 85 anos. A porcentagem de pessoas que vivem em seu domicílio, mas necessitam de auxílio de terceiros nas atividades diárias também aumenta conforme a faixa etária, de 10%, entre 65 a 74 anos para 37% nos maiores de 85 anos. Projeções para o ano 2040 calculam uma população norte-americana residente em casas geriátricas de 3,6 a 5,9 milhões de pessoas (SCHNEIDER e GURALNIK,1990). Já na Espanha a taxa de institucionalização é de 2% (BACIERO, GANDARIAS E PÉREZ, 1998), na Alemanha fica em torno de 4% e

em Singapura em cerca de 1,6% (LEHR,1999). Na cidade do Rio de Janeiro (RJ), em 1999, foram identificadas 104 instituições geriátricas, com um total estimado de 4.315 leitos. Os autores (MORENO e VERAS, 1999), consideram tal número bastante reduzido, em virtude da quantidade de indivíduos idosos no município (em 1996 era de aproximadamente 670.000) e sugerem mais estudos sobre a demanda de idosos por esse tipo de instituição. Ademais, concluem que o modelo institucional geriátrico brasileiro é considerado ultrapassado no que se refere à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (MORENO e VERAS, 1999).

A condição dos idosos institucionalizados pode variar consideravelmente, desde a independência até àqueles que necessitam de monitoramento constante por estarem acamados e, portanto, totalmente dependentes como citado anteriormente. No Brasil, a carência de estudos sobre a institucionalização de idosos dificulta inferências mais precisas acerca do assunto. Embora muitos idosos sejam institucionalizados por problemas físicos e mentais que causam dependência, a miséria e o abandono familiar assim como a atuação governamental geralmente está relacionada ao processo de institucionalização (CHAIMOWICZ E GRACO, 1999; WALDOW, 1987). A literatura cita alguns fatores que contribuem para o processo de institucionalização da população idosa como a urbanização, as dificuldades financeiras, a falta de cuidados no ambiente familiar, a falta de espaço no domicílio, a deterioração das condições de saúde, a solidão e o medo da violência (LOUZÃ NETO et al., 1986; VERAS, 1987; WALDOW, 1987; CHAIMOWICZ,1998).

Segundo Chaimowicz e Greco (1999), a institucionalização de idosos apresenta-se como alternativa em situações como necessidade de reabilitação intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência elevados. E acrescentam: “*a subjetividade transforma a decisão de internar numa função da disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família-Estado-sociedade*”. Os autores estudaram a dinâmica da institucionalização de idosos na cidade de Belo Horizonte, no Estado de Minas

Gerais, e identificaram que a taxa de institucionalização que, considera o número de indivíduos residentes em instituições em relação ao total de indivíduos da mesma faixa etária, foi de 0,6%. Com algumas exceções, instituições com maior capacidade, expressa pelo número de leitos, dispunham de melhor infra-estrutura e geralmente, forneciam algum tipo de assistência médica.

Bastian (1979) duas décadas antes analisando as instituições geriátricas de Porto Alegre/RS constatou o mesmo fato em seu trabalho ao identificar 25 instituições residências para pessoas idosas, representando uma oferta total de 1.163 leitos. Em seu estudo concluiu que estabelecimentos com maior capacidade física contavam com mais recursos materiais e humanos para assistir os idosos do que os estabelecimentos com menor capacidade física. A mesma autora realizou pesquisa semelhante na cidade de São Paulo/SP com um universo de 44 casas geriátricas, totalizando 5.130 leitos, e novamente confirmou a suposição anterior, qual seja, que instituições com grande número de leitos contavam com mais componentes de assistência à saúde (médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, terapia ocupacional entre outros) do que instituições de menor porte.

O autor conclui seus estudos destacando que apesar da maioria das instituições que abrigam idosos ter o propósito de proteger e assistir o público idoso que sofre de alguma incapacidade ou possui algum grau de dificuldade na realização das atividades diárias, de um modo geral, pode-se dizer que os serviços de atendimentos aos idosos no Brasil funcionam em condições precárias. De maneira mais específica o autor atribui a precariedade do atendimento a carência de pessoal técnico especializado que as instituições necessitam para oferecer um serviço de maior qualidade (BASTIAN, 1976,1979).

Quanto ao número de instituições residenciais para idosos (clínicas) o que se observa no Brasil é que esse vem crescendo, sendo essas instituições na sua maioria privadas (WALDOW, 1987). Mas independente de ser uma instituição particular, pública ou do terceiro setor, cada uma delas geralmente tem uma clientela definida pelo tipo de atendimento que realiza. Assim, essas

instituições podem ser classificadas como geriátricas ou gerontológicas, destinadas a idosos dependentes e independentes respectivamente, sendo que muitas são de caráter misto (COREN-RS, 2000). Segundo Carrol (1991): gerontologia abrange todo o processo de envelhecimento como estudo das doenças da velhice, seu tratamento, assim também como a personalidade e conduta do idoso, considerando os aspectos ambientais e culturais do envelhecer, ligando-se até mesmo com a medicina e a sociologia, ao tratar do processo biológico do envelhecimento em toda a sua plenitude; geriatria contempla a especialidade medica que trata de doenças de idosos ou doentes idosos, visando também o prolongamento da vida de forma saudável.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul sugere uma classificação para as casas geriátricas, quanto ao tamanho, de acordo com o número de idosos residentes. As Instituições residentes que abrigam até 20 residentes são consideradas de pequeno porte; as que abrigam de 21 a 40 residentes são consideradas de médio porte; as que abrigam de 41 a 60 residentes, são consideradas de grande porte; e as que abrigam mais de 60 residentes, são consideradas de porte especial (COREN-RS, 2000).

Mas por que as pessoas procuram ou são colocadas em instituições destinadas a pessoas idosas? Autores como Bastian, (1976) observa que indivíduos com menor grau de dependência vivem em instituições devido a barreiras socioeconômicas. Nesses casos muitas vezes as pessoas são abandonadas pela própria família que encontra na instituição uma solução para seu problema familiar. Essa situação pode levar ao isolamento, à segregação e aumentar o grau de dependência do idoso. Já em outras situações a família apenas busca nessas instituições um apoio no cuidado do idoso e quando pode acompanha de perto

Lehr (1999) destaca que o ambiente físico e o meio ambiente interferem no comportamento de indivíduos com limitações, determinando seus comportamentos. O ambiente pode então contribuir para a dependência e restrição do espaço de vida ou pode ser favorável e adaptável, estimulando atividades e aumentando competências existentes, assim como recursos

peçoais. Motivo pelo qual as instituições destinadas a idoso devem atender e respeitar condições mínimas de funcionamento.

2.4.1 Normas para Clínicas Geriátricas e Congêneres

Com o aumento da população de idosos no Brasil, se faz necessário estabelecerem normas e padrões técnicos de atendimento ao idoso por essas instituições (casas de repouso, clínicas geriátricas). A Portaria nº 810 – de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, define no item V – casas de repouso, clínicas geriátricas e congêneres, como Instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade. Sendo o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender as necessidades de cuidados com a saúde, a alimentação, a higiene, o repouso e o lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional.

O Ato da instituição de atenção ao idoso deve ter um estatuto onde estejam explicitados os seus objetivos, a estrutura da sua organização e, também, todo o conjunto de normas básicas que regem a Instituição. A instituição deve contar com um responsável técnico detentor de título de uma das profissões da área de saúde (médicos ou enfermagem), que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária. As pessoas atendidas deverão ter um registro atualizado, com endereço de um familiar ou responsável, caso o atendimento não se deva à decisão do próprio idoso. Também devem ser anexadas aos registros informações demonstrando a capacidade funcional e o estado de saúde do indivíduo, a fim de adequar os serviços às necessidades da pessoa a ser atendida, constando todos os fatores relevantes ocorridos no período de atendimento relacionados à saúde, bem-estar social, direitos previdenciários, alta e/ou óbito. Deverão produzir e manter arquivado um relatório mensal, que poderá ser exigido a qualquer momento pela autoridade sanitária competente.

Quanto ao funcionário, a respectiva Portaria define que no caso do cuidador (pessoa responsável pelos cuidados com o idoso), sua atividade é vista como uma ocupação e não como uma profissão. A função de cuidador foi oficializada pela Portaria Interministerial nº 5.153, de 7 de abril de 1999, que considera a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso e de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida. O cuidador oficializado por esta portaria é capacitado a realizar cuidados básicos, que de acordo com os documentos sobre o assunto, diz respeito à higiene, a alimentação e a ajuda na locomoção dos idosos.

A Legislação e Código de ética dos profissionais de Enfermagem, define na lei, apenas o exercício de três categorias profissionais de enfermagem: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem (documentos básicos de enfermagem, 2003). Sendo que cabe ao enfermeiro atuar como gerente supervisor, coordenador e avaliador das equipes de enfermagem; o técnico e auxiliares de enfermagem exercem as funções de assistência aos pacientes sob a supervisão direta do enfermeiro. (documentos Básicos de Enfermagem, 2003)

2.4.1.1. A área física e as Instalações

A área física das instituições que cuidam de idoso deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidentes. Assim as instalações devem ser preferencialmente construções horizontais de caráter pavilhonar. Quando dotadas de mais de um plano e não dispuserem de equipamento adequado como rampa ou elevador para a circulação vertical, estas instituições só poderão atender pessoas imobilizadas no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo. Os prédios deverão dispor de meios que possibilitem o rápido escoamento, dos residentes com segurança, em casos de emergência, de acordo com as normas estabelecidas pelo corpo de Bombeiros ou quando inexistir essa corporação no local, pela Coordenaria de Defesa civil do Município (Portaria nº

810 – de 22 de setembro de 1989, V – casas de repouso, clínicas geriátricas e congêneres, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro).

a) Acesso:

Quanto ao acesso, as instituições deverão possuir rampa com inclinação máxima de 5% (cinco por cento) e largura mínima de 1,50m, dotada de guarda-corpo e corrimão; piso revestido com material antiderrapante, que permita o livre rolamento de cadeiras de rodas. A exigência é de que tenham no mínimo 2 (dois) acessos independentes, sendo um deles para os idosos e outro para os serviços.

As portas externas e internas devem ter vão luz de 0,80m no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondadas. Portas de correr terão os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeira de rodas. As portas dos sanitários devem abrir para fora, e devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior. As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outra que dificulte a abertura das mesmas.

b) Corredores:

Os corredores deverão ter largura mínima de 1,50m. Exige-se que todas as instituições já existentes ou que venham a ser criadas equipem os corredores com corrimão em ambos os lados, instalados a 0,80m do piso e distantes 0,05m da parede.

Não é permitida a criação de qualquer forma de obstáculos à circulação nos corredores, incluindo bancos, vasos e outros móveis ou equipamentos decorativos.

c) Escadas:

As escadas devem ser em lances retos, com largura mínima de 1,20m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. Os espelhos do primeiro e dos últimos degraus devem ser pintados de amarelo equipados com luz de vigília permanente. Exige-se que as escadas

tenham portas de contenção com molas e travas leves, que as mantenham em posição fechada. Quanto as rampas devem obedecer às especificações descritas no item “acesso” e devem ser instaladas em todos os locais onde exista mudança de nível entre 2 (dois) ambientes. Os elevadores e Monta-Cargas obedecerão às normas estabelecidas na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 6 de dezembro de 1977.

d) Sanitários

Os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no “Box” do chuveiro. Devem ser instalados no mesmo pavimento onde permanecerem os idosos atendidos. O vaso sanitário deve ser instalado sobre um sóculo de 0,15m de altura, na proporção de 1 vaso sanitário para cada 6 pessoas. No caso das paredes laterais ao vaso sanitário serem afastadas, deverá ser instalada em ambos os lados do vaso uma estrutura de apoio em substituição às barras instaladas na parede. O chuveiro deve ser instalado em compartimento (Box) com dimensões internas compatíveis com banho em posição assentada, dotado obrigatoriamente de água quente e na proporção de um chuveiro para cada 12 leitos. A bacia sanitária (bidê) quando existente, deve ser instalada sobre um sóculo de 0,15m de altura e equipada com a mesma estrutura de apoio descrita para o vaso sanitário. As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia.

e) Iluminação, ventilação, instalações elétricas e hidráulicas

Os aspectos referentes a Iluminação, ventilação, instalações elétricas e hidráulicas, deverão obedecer aos padrões mínimos exigidos pelo código de obras local, sendo obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, áreas de circulação, no primeiro e nos últimos degraus da escada.

f) Quartos

A área mínima recomendada para os quartos é de 6,5 m² quando

equipado com apenas 1(um) leito, e de 5m² por leito para até 4 (quatro)

leitos, sendo, portanto este o número máximo leitos recomendável por dormitório. Aquelas instalações já existentes com dormitórios tendo acima de 4 (quatro) leitos deverão seguir as normas em vigor do Ministério da Saúde para enfermarias. É expressamente vetado o uso de camas tipo beliche, camas de armar assemelhadas e a instalação de divisórias improvisadas que não respeitem os espaços mínimos ou que prejudiquem a iluminação e a ventilação, conforme estabelecido pelo código de obras local. A distância mínima entre 2 (dois) leitos paralelos deve ser de 1,00m e de 1,50m entre um leito e outro fronteiro. Recomenda-se que a distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela deva ser de 0,50m.

g) Sala de refeição

A sala para o serviço de nutrição e dietética deve ser constituída por cozinha, refeitório e dispensa, sendo que o refeitório poderá também servir como sala para a realização de atividades recreativas e ocupacionais, com área mínima de 1,5m² por pessoa para instituições com capacidade para até 100 (cem) pessoas. Todas as Instituições deverão contar com área destinada à recreação e ao lazer, inclusive de localização externa, com área mínima de 1m² por leito instalado.

h) Áreas para atividades de reabilitação:

Aquelas Instituições que se propõe a executar ações visando à reabilitação funcional e cognitiva deverão possuir instalações específicas com área mínima de 30m² e dotadas de pia com bancada, sanitário próximo, mobiliário e equipamentos específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados, inscritos no conselho de profissionais da área respectiva.

i) Limpeza e Higienização:

As dependências deverão ser mantidas em perfeitas condições de higiene e asseio. Todo o lixo deverá ser acondicionado em sacos plásticos apropriados, conforme norma técnica da ABNT 9050/2004. Deverá ser prevista lixeira ou abrigo de lixo externo à edificação para armazenamento dos resíduos até a coleta municipal.

j) Tipos de Materiais de Construção:

As paredes e tetos deverão possuir revestimento lavável de cores claras, permitindo limpeza e desinfecção. Não é permitida a instalação de paredes de material inflamável com o objetivo de dividir ambientes. Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiaderente, nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha.

l) Mobiliário e equipamentos básicos:

A disposição do mobiliário deve possibilitar fácil circulação e minimizar os riscos de acidentes e incêndios. Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção, deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance da mão. É desejável a instalação de telefones comunitários para uso dos idosos.

2.4.1.2. Especificações de recursos humanos

As instituições para idosos em geral devem contar com: assistência médica; assistência odontológica; assistência de enfermagem; assistência nutricional; assistência psicológica; assistência farmacêutica; atividades de lazer; atividades de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudióloga); serviço Social; apoio jurídico e administrativo; e serviços gerais. O dimensionamento da equipe multiprofissional necessária à assistência ao idoso institucionalizado deverá basear nas necessidades da população atendida; na disponibilidade de recursos humanos regionais ou locais; nos critérios dos respectivos conselhos regionais de profissionais (Diário Oficial de 27 de setembro de 1989)..

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul desenvolveu uma proposta de dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas, em função do porte da instituição, definido pelo número de idosos que esta acolhe e seu respectivo grau de dependência. Este dimensionamento foi baseado na estimativa de que 2/3 (dois terços) dos idosos atendidos sejam independentes e um terço dependente e ou semi-dependente.

Assim, ficou recomendado que:

- a) **instituições de pequeno porte**, com até 20 internos, devem conter uma equipe de enfermagem com: 1 enfermeiro responsável técnico e 6 profissionais, nas 24 horas, com formação de técnicos e/ou auxiliares;
- b) **instituições de médio porte**, com 21 a 40 internos, devem conter uma equipe de enfermagem com: 2 enfermeiros sendo 1 responsável técnico e 9 profissionais, nas 24 horas, com formação de técnicos e/ou auxiliares;
- c) **instituições de grande porte**, com 41 a 60 internos, devem conter uma equipe de enfermagem com: 3 enfermeiros sendo 1 responsável técnico e 12 profissionais, nas 24 horas, com formação de técnicos e/ou auxiliares; e
- d) **instituições de porte especial**, acima de 61 internos, para cada 20 internos repete-se o módulo de profissionais recomendado para as de pequeno porte.

As funções de responsabilidade técnica, no caso do enfermeiro, não pode ser cumulativas ao cargo de gerente da instituição ou outro de complexidade semelhante, sendo também recomendada a contratação de pessoal para as substituições de folgas, férias e licenças. Também foi recomendado que fossem treinados os empregados de serviços gerais para participar do atendimento aos idosos (COREN_RS, 2000).

2.4.2.1.1 Profissionais de enfermagem e cuidadores

Não existe lei impedindo que qualquer pessoa cuide de idosos. No entanto, o mais indicado é que o cuidado (alimentação, higiene, medicações e

curativos) do idoso fragilizado ou dependente fosse realizado por um profissional de enfermagem, seja um auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro. De acordo com o Decreto nº. 148 (Ministério da Saúde – SP, 1996), que regulamenta a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso no Brasil, uma das formas de prevenir doenças causadoras de perdas funcionais dos idosos é inserir “cuidadores” de idosos tanto no domicílio como na instituição para que prestem o apoio necessário ao desenvolvimento de cuidados informais.

A professora Maria José Diogo, do departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), defende que os cuidados com o idoso sejam realizados pelo profissional de enfermagem ou, no mínimo, que o cuidador fique sob a orientação e responsabilidade de uma equipe profissional.

No que diz respeito a atividade a enfermagem é uma das profissões mais jovens, ainda que uma das artes mais antigas. Teve seu início na Antiguidade, com a vida familiar, e evoluiu como uma extensão dos cuidados entre os membros das famílias. Muitas vezes pessoas substitutas eram chamadas para amamentar recém-nascidos saudáveis e cuidar de outros membros da família que adoecessem, envelhecessem e ficassem impotentes para cuidar de si mesmos. Havia, comumente, mais necessidade de prestação de cuidados do que o ato de curar (TIMBY, 2001).

Assim, segundo uma das definições mais antigas de enfermagem, da autoria de Florence Nightingale, em 1859, o objetivo da “enfermagem é colocar os indivíduos na melhor condição possível para que a natureza recupere e mantenha sua saúde”. Em 1978, Fagin sugeriu que a enfermagem possa ser definida de modo a incluir a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção à doença, o cuidado de pessoas durante fases agudas de doença, e a reabilitação e a restauração da saúde (IYER et al, 1993). A definição mais recente de enfermagem é a da

American Nurses Association (ANA), onde a enfermagem é definida como “o diagnóstico e o tratamento das reações humanas a problemas reais ou potenciais da saúde”.

Pode-se confirmar com os conceitos anteriores, que, de início, existia a necessidade de cuidado, nem sempre fundamentado e cientificamente utilizado, onde o emprego do conhecimento científico ficava relegado a segundo plano, e os estigmas de caridade, doação eram muito fortes, envolvendo a enfermagem como um todo. Esta visão vem se descaracterizando, tendo em vista a profissionalização desta categoria.

A enfermagem profissional ou moderna, nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho (Pires, 1989, p.121).

Os campos de atuação do enfermeiro são vários, mas a Lei nº. 7.498/86 regulamenta apenas o exercício de 3 categorias profissionais de enfermagem, a saber: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, cada qual atuando segundo suas competências legais e respeitando de forma igualitária seu Código de Ética da Profissão, descrito na Resolução COFEN 240 (Documentos Básicos de Enfermagem, 2003).

Com essas definições legais enquanto o enfermeiro atua como gerente supervisor, coordenador e avaliador das atividades da equipe de enfermagem, os técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem suas funções de assistência aos pacientes sob supervisão direta do enfermeiro, uma vez que profissionais de formação de nível médio não são capacitados legalmente para exercer a profissão como autônomos ou liberais (Documentos Básicos de Enfermagem, 2003).

O Enfermeiro é, portanto o gerente de enfermagem nas funções de facilitador, incentivador e líder, ele desenvolve auto desenvolve

automaticamente suas habilidades técnico-científicas, seu bom relacionamento, comunicação e obtenção de resultados contribuindo grandemente para a competitividade das organizações e o aprimoramento e satisfação no trabalho (KING, 1971).

Quanto ao Auxiliar de Enfermagem, formação de nível médio, regulamentada pela Lei nº. 9.394/96; Decreto nº. 2.208/97; e a Lei nº. 7.498, decreto nº. 94.406. O curso tem duração média de 12 a 18 meses e é voltado para a enfermagem prática. Entre outras competências cabe ao auxiliar de enfermagem:

- a) Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como: ministrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; realizar teste e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico; e colher material para exames laboratoriais etc;
- b) Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive: alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se; e zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde.
- c) Integrar a equipe de saúde;
- d) Participar de atividades de educação em saúde, inclusive: orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas; e auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde; e
- e) Executar os trabalhos de rotina vinculadas à alta de pacientes.

Como já referido anteriormente, os idosos geralmente são portadores de diversos distúrbios psico-sócio-econômicos, constituindo-se clientes mais complexos, que exigem do enfermeiro mais tempo para a prestação dos cuidados. Essa demanda específica faz com que a Enfermagem Gerontológica, abranja os conhecimentos específicos de enfermagem acrescidos daqueles relacionados ao processo do envelhecimento (GUNTHER E ESTES apud PEREZ, 1993). Esses conhecimentos permitem ao enfermeiro que atua na

área de geriatria e gerontologia fazer uma avaliação global do estado biofuncional do idoso para que possa intervir com as condutas necessárias e consiga aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes da idade, confortar suas angústias e debilidades da velhice, incluindo o processo de morte (FERREIRA, 1999).

Paralela as atividades dos profissionais da enfermagem existe a atividade do cuidador - pessoa responsável por cuidados com o idoso. A atividade de cuidador é vista como uma ocupação e não como uma profissão. A atividade foi oficializada pela Portaria Interministerial nº. 5.153, de 7 de abril de 1999, que considera a necessidade de habilitar recursos humanos complementares para cuidar do idoso e de criar alternativas que proporcionem aos idosos uma melhor qualidade de vida. O cuidador, sendo pessoa membro ou não da família, com ou sem remuneração, oficializado por esta portaria (*Diário Oficial*– SP, 1999, p. 20-24 Ministério da Saúde) é capacitado a realizar cuidados básicos, que de acordo com os documentos sobre o assunto, diz respeito à higiene, a alimentação e a ajuda na locomoção do idoso. Sua prática não se restringe a essas atividades, mas deve-se ressaltar que o cuidador não tem formação e qualificação profissional para realizar as atividades profissionais que são de incumbência da equipe de enfermagem.

Segundo Timby (2001) a educação continuada deve ser premissa na formação dos profissionais da enfermagem, uma vez que isso evidencia comprometimento pessoal, promove a confiança do público, garante competência na prática atual e mantém o indivíduo a par da tecnologia que afeta o cuidado do paciente. A II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, reforçou a necessidade urgente, no mundo, de ampliar as oportunidades educacionais em geriatria e gerontologia para todos os profissionais da saúde que atendem aos idosos e de ampliar programas educacionais sobre saúde dos idosos para os profissionais do setor de serviços sociais. A Assembléia destaca que os cuidadores informais tem um papel fundamental no processo de atendimento dos idosos, sendo muitas vezes a principal assistência, necessitando esses profissionais igualmente de informação e capacitação específica para lidar com os idosos.

2.5 ERGONOMIA

Para Marx, “o trabalho é, primeiramente, um ato que se passa entre o homem e a natureza. O homem desenvolve em relação à natureza o papel de uma potência natural. As forças cujo seu corpo é dotado, braços e pernas, cabeça e mãos, ele as coloca em movimento a fim de se apropriar das matérias, lhes dando uma forma útil a sua vida” (O Capital Tomo I, p. 180).

Com efeito, essa atividade é um traço específico da espécie humana, um processo que liga o homem à natureza, isto é, uma atividade racional que evidencia dois aspectos, o trabalho é um comportamento e, também, um constrangimento (OMBREDANE E FAVERGE, 1955). Como comportamento o trabalho gera resultado dialético, tanto satisfação quanto dor e sofrimento.

Para contrapor os malefícios gerados pelo trabalho a ciência desenvolve áreas específicas de conhecimento como a Ergonomia. O termo “Ergonomia” advém de ERGO (do grego = trabalho) + NOMOS, (= lei), ou seja, o ramo de conhecimentos, que define leis ou regras na relação do homem com o seu trabalho. A Ergonomia é uma ciência multidisciplinar que, através de conhecimentos científicos de diversas áreas, tais como Fisiologia, Antropologia, Sociologia, Antropometria e Biomecânica analisa a relação homem/ambiente/trabalho e propõe soluções de melhoria.

Portanto, a Ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho ao homem, enfatizando que o trabalho deve se adaptar ao homem e não o contrário, enfocando além dos aspectos físicos do trabalho, os aspectos organizacionais, percebendo, aceitando e ajustando o trabalho às limitações humanas (IIDA, 1990). Como área de múltiplos conhecimentos a Ergonomia é aplicada em diferentes campos de trabalho: na indústria, na agricultura, na mineração, na vida diária e no setor de serviços (escritórios, bancos, lazer e prestações de serviços em geral).

Ao projetar ambientes seguros, a Ergonomia apóia-se em conhecimentos de diferentes áreas científicas, como antropometria, biomecânica, fisiologia, psicologia, toxicologia, engenharia mecânica, desenho industrial, eletrônica, informática e gerência industrial, integrando e

selecionando os conhecimentos relevantes dessas áreas, desenvolvendo métodos e técnicas específicas para a melhoria do trabalho e das condições de vida. Isso caracteriza uma diferenciação básica: o caráter interdisciplinar, o apoio em diferentes áreas de conhecimento humano e aplicado, adaptando o posto de trabalho e o ambiente às características e necessidades do trabalhador (DUL e WEERDMEESTER, 1995). O fundamento principal da ergonomia é o fator humano. Através do estudo de suas características anatômicas, fisiológicas e psicológicas, a Ergonomia contribui para a melhoria da qualidade de vida, seja qual for o setor (MARIÑO, 1993).

Com a extensão da aplicação da Ergonomia na sociedade em geral, os seus critérios e o interesse tornaram-se mais subjetivos e difusos como a qualidade de vida, o bem-estar social e a satisfação dos consumidores, resultando nas interações da Ergonomia com os serviços de transportes, saúde, educação, informações, vida doméstica, produtos de consumo e atividades de lazer. As universidades, bancos, centrais de abastecimento e outras organizações exigem operações de sistemas igualmente complexos, oferecendo muitas oportunidades para estudos e aplicações da Ergonomia.

Grandjean (1998) classifica quatro estágios do desenvolvimento da Ergonomia desde a sua provável origem até os dias de hoje:

- **a ergonomia da interface homem-máquina**, ou ergonomia ocupacional, que se preocupa em trabalhar a problemática da ciência e da tecnologia e a prática das questões físicas e de percepção aplicáveis a produtos, equipamentos e postos de trabalho;
- **a ergonomia da interface homem ambiente**, ou ergonomia ambiental, que amplia a área de atuação da primeira fase para considerar os temas relativos ao ser humano em seu ambiente natural e ao seu ambiente, por ele construído;
- **a ergonomia da interface homem-computador**, ou ergonomia de software ou cognitiva, que redireciona a ênfase do primeiro período, mas ligada aos

aspectos físicos propriamente ditos e aos aspectos cognitivos ou do conhecimento da questão; e

- **a ergonomia da interface organização-máquina**, ou macro-ergonomia, ou tecnologia de interface homem-organização-ambiente máquina, cujo foco central implica perceber os aspectos relativos ao sistema produtivo como um todo (visão de sistema/ organização/ tecnologia/ ambiente de trabalho/ pessoas).

Uma das características da Ergonomia como área de conhecimento é definir as características físicas e ambientais ideais do posto e ambiente de trabalho, conforme o tipo de atividade ou inter-relação exercida no ambiente onde a pessoa atua. São considerados na abordagem ergonômica aspectos tais como: a postura e os movimentos corporais (em pé, empurrando, puxando, levantando pesos, sentado); fatores ambientais (temperatura, agentes químicos, ruído, vibrações, iluminação); informação (informações captadas pela audição, visão e outros sentidos); e a organização do trabalho. A conjugação adequada desses fatores permite a realização de ambientes seguros, saudáveis, confortáveis e eficientes, colocando o homem como foco no projeto do trabalho e em seu meio ambiente.

Através da visão focada no homem e suas características, a Ergonomia utiliza-se da antropometria como disciplina de apoio, que trata de medidas físicas do corpo humano e seus segmentos, com a correspondente aplicação dos dados antropométricos em projetos de produtos diversos, sistemas e postos de trabalho. “A antropometria é definida como o estudo das medidas das várias características do corpo humano” (SERRANO,1993). A intenção é verificar a compatibilidade dos dados antropométricos das pessoas com as dimensões do posto de trabalho onde realizam suas tarefas para planejar as adaptações necessárias e cabíveis no posto de trabalho.

Com relação ao ambiente físico, Laville (1977) afirma que se pode caracterizar um ambiente por meio de medidas físicas, que são o meio térmico, sonoro, luminoso e vibratório. Ele reforça ainda, que o homem só pode conservar a integridade de seu organismo quando esses meios não

ultrapassam certos limites. A temperatura causa diferentes sensações em diferentes indivíduos dependendo da idade, raça, hábitos e estado geral e, quando fora dos limites válidos, produz desconforto e risco para o ser humano (VERDUSSEN, 1978). Já uma iluminação excessiva ou insuficiente pode causar distúrbios digestivos e neuro-visuais, tremor nas pálpebras e sonolência, o que torna o ambiente desagradável para o ser humano (Serrano 1993). Já o ruído pode causar perdas irreversíveis à saúde humana caso não se controle as condições sonoras do ambiente.

Montmollin (1990) trata da ambigüidade da Ergonomia, já que se pode encontrá-la simultaneamente como uma disciplina modesta e, ao mesmo tempo, muito ambiciosa: modesta porque se mantém silenciosa perante as grandes evoluções que modificam em profundidade o mundo do trabalho; ambiciosa porque o ergonomista pretende fabricar instrumentos, teóricos e práticos, que permitam conceber e modificar o trabalho, assim como os instrumentos que visam facilitar a vida cotidiana de pessoas idosas.

2.5.1 Análise Ergonômica do Trabalho (AET)

Segundo Wisner (1987), *“o princípio da análise ergonômica do trabalho, e do trabalho de campo, é em si revolucionário, pois nos leva a pensar que os intelectuais e cientistas têm algo a aprender a partir do comportamento e do discurso dos trabalhadores”*. Assim, a exigência científica principal da Ergonomia, está no conhecimento pela observação das situações reais de trabalho, objetivando desenvolver conhecimentos sobre a forma como o homem efetivamente se comporta ao desempenhar o seu trabalho e não como ele deveria se comportar. Para apreender das situações de trabalho, em sua totalidade e dimensões, a Ergonomia utiliza uma metodologia própria de intervenção – **a Análise Ergonômica do Trabalho (AET)**.

A análise ergonômica do trabalho é um modelo metodológico de intervenção que possibilita a compreensão dos determinantes das situações de trabalho. Para tanto, tem como pressuposto básico, a distinção entre o trabalho

prescrito, comumente denominado de tarefa e o trabalho real, que é aquele efetivamente realizado pelo trabalhador, inserido em um contexto específico, para atingir os objetivos prescritos pela tarefa. Este fazer, denomina-se de atividade.

Para tanto a análise ergonômica do trabalho comporta a descrição integral das seqüências mais ou menos longas dos comportamentos de um ou mais trabalhadores (WISNER, 1994). Laville (1977) afirma que é através da análise ergonômica que se torna possível uma compreensão mais abrangente da situação de trabalho, pois todos os elementos relacionados com o trabalho serão estudados e considerados no momento da realização deste trabalho. Desta forma, a análise ergonômica do trabalho tem por objetivo a análise das exigências e condições reais da tarefa e análise das atividades efetivamente realizadas pelos trabalhadores para realizarem sua função.

A intervenção ergonômica pressupõe que o processo seja iniciado a partir da identificação da demanda, que pode se transformar no confronto com a realidade do trabalho. Este processo é negociado até a formulação de uma primeira demanda consensual (Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos 1999). A finalidade de uma análise ergonômica é sempre melhorar as condições de trabalho, dentro de limites considerados aceitáveis para a produção. Portanto, o ponto crítico da ação do ergonomista situa-se no momento da avaliação da intervenção, pois é ali, que a justeza da demanda negociada mostra ou não o seu acerto.

Neste enfoque, coloca-se como pano de fundo da definição da intervenção ergonômica, a noção de melhoria. Por trás desta noção de melhoria da relação homem trabalho, existe o agente da ação (o ergonomista), o sujeito da ação (o trabalhador) e a própria ação (o trabalho). Assim, o trabalho seria o mediador da construção da saúde, de forma que a melhor relação homem - trabalho não é a exclusão do trabalho, mas, sim, uma relação harmônica entre os dois - trabalho/saúde.

Encontramos então, um limite, onde estas duas preocupações andam juntas, quando a melhoria da qualidade passa por uma melhoria da segurança

e do respeito às regras do trabalho. Estas contradições mostram que a intervenção ergonômica não pode ser avaliada apenas pelo ergonomista. Ela passa necessariamente pela mediação e apreciação dos sujeitos da ação. Vale ressaltar, ainda, a premissa ética da aceitação voluntária do trabalhador, quanto a presença do ergonomista na situação de trabalho. Nesta perspectiva, um dos critérios mais importantes a respeito do êxito do projeto ou da intervenção ergonômica deve ser dado pela avaliação dos próprios trabalhadores/usuário (Escola, Saúde e trabalho: estudos psicológicos, 1999).

Com isso a análise ergonômica do trabalho é composta por três fases (FIALHO E SANTOS, 1995) que devem ser cronologicamente abordadas para garantir uma coerência metodológica. Porém, na prática, estas fases podem ocorrer de forma quase simultânea, sem prejuízo da seqüência metodológica. Estas fases podem ser classificadas da seguinte maneira: Análise da demanda; Análise da Tarefa; e Análise da Atividade.

A Análise da Demanda permite compreender a natureza e a dimensão dos problemas apresentados, assim como elaborar um plano de intervenção para abordá-los. Por outro lado, a análise ergonômica da demanda permite a definição de um contrato e delimitação da intervenção nos seus diversos aspectos: objeto da demanda, situação de trabalho a ser analisada, prazos para sua realização, custos da intervenção, acesso às informações, etc. A demanda reflete a percepção que o solicitante tem das contribuições que a ergonomia pode dar a um determinado sistema de produção e que, normalmente, é restrita aos aspectos físico-ambientais do trabalho.

Segundo Guérin et al. (1991), a origem da demanda pode ser proveniente de diferentes interlocutores (direção geral, serviços técnicos e de pessoal, trabalhadores e seus representantes) cuja formulação inicial pode ser

ou não admissível ao ergonomista. Para Abrahão (1993), a demanda pode apresentar muitas vezes objetivos contraditórios, e sua formulação inicial geralmente é colocada em termos de problemas a serem resolvidos, isolados do contexto. Wisner (1994) afirma que nesta fase ocorre uma familiarização com a empresa, o sistema de produção e seus critérios de bom funcionamento, bem como com aqueles critérios que não são alcançados e justificam a intervenção. Uma vez definido o problema, o ergonomista fará uma proposta de intervenção que será colocada em discussão com as partes interessadas, transformando-se num contrato de intervenção ergonômica.

A Análise da Tarefa é o que o trabalhador deve realizar e as condições ambientais, técnicas e organizacionais para esta realização. Itiro Lida (1997) traz a seguinte concepção: a primeira etapa do projeto de um posto de trabalho é fazer uma análise detalhada da tarefa. Ela pode ser definida como um conjunto de ações humanas que torna possível fazer funcionar o sistema, para se atingir o objetivo pretendido. Segundo ele, a análise da tarefa deverá ser iniciada o mais cedo possível, antes que certos parâmetros do sistema sejam definidos e se torne difícil ou oneroso introduzir modificações corretivas. Montmollin (1990) considera a tarefa como um conjunto constituído pela máquina e suas manifestações e reações, pela performance exigida dentro da situação de trabalho estudada e pelos procedimentos prescritos, completados pelos conhecimentos necessários.

A Análise da Atividade tem como objetivo a análise das exigências e condições reais da atividade e das funções efetivamente utilizadas pelos trabalhadores na realização das suas tarefas (LAVILLE, 1977), permitindo a interrogação com substância da demanda inicial. Refere-se a validação das descrições e informações que foram coletadas e que compõe as representações sobre o trabalho. É o que o funcionário de fato realiza para

executar uma tarefa. É análise do comportamento do homem no trabalho. Exigências cognitivas no decorrer das atividades. O funcionário executa a tarefa como foi prescrita ou se o modo de realizar é peculiar a pessoa que a executa.

Segundo Abrahão (1993), a análise da atividade é a atividade de trabalho como o trabalho é efetivamente realizado pelo indivíduo, a forma pela qual ele consegue desempenhar suas tarefas. Resulta das definições impostas pela empresa em relação à sua tarefa e das características pessoais, da experiência e do treinamento do trabalhador. Para Montmollin (1990), a atividade é o que se faz realmente, enquanto que a tarefa indica o que deve ser feito. A atividade representa uma resposta às condicionantes determinadas exteriormente ao operador, simultaneamente suscetível de transformá-las. Segundo Abrahão (1993) é através da análise da atividade que a Ergonomia busca determinar os componentes físicos, cognitivos e psíquicos da carga de trabalho e sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e a produtividade. Portanto, a dimensão física relaciona-se aos gestos, às posturas e aos deslocamentos do trabalhador necessários à execução da tarefa.

Para Montmollin (1990), a atividade é o que se faz realmente, enquanto que a tarefa indica o que deve ser feito. É através da análise da atividade que a Ergonomia busca determinar os componentes físicos, cognitivos e psíquicos da carga de trabalho e sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e a produtividade (ABRAHÃO, 1993).

2.6 CONCLUSÕES

O fato das famílias não conseguirem conciliar sua rotina de vida com a permanência de seus idosos em seus lares, faz com que muitas famílias prefiram mantê-los em clínicas geriátricas. A lógica parece ser que numa instituição geriátrica o idoso receberá mais atenção e terá mais atividades para fazer por estar entre pessoas da sua idade e sob os cuidados de pessoas treinadas e qualificadas para cuidar dessas pessoas. Contudo, existem as famílias que por questões sócio-econômicas tem de internar seus idosos em instituições de geriátricas.

Infelizmente o número de Instituições geriátricas não cresceu na mesma proporcionalidade que o número de idosos no Brasil e somado a isto está a precariedade das condições de funcionamento dessas instituições. Uma precariedade não apenas sob o ponto de vista de infra-estrutura, mas também de recursos humanos, já que muitas vezes estão fazendo a função de profissionais da enfermagem e/ou de cuidador de pessoas sem um mínimo de preparo.

Contudo, assim como esses locais são ambientes destinados a pessoas fragilizadas que necessitam de cuidados especiais esses locais devem oferecer condições de trabalho seguras e com conforto para os profissionais. A garantia de condições adequadas de trabalho além de prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais proporcionam satisfação aos profissionais.

O imperativo de levar os conhecimentos da Ergonomia para o ambiente das Instituições Geriátricas justifica-se pela necessidade de adaptar o trabalhador ao trabalho e com isso propiciar um melhor rendimento do esforço humano, o que acaba repercutindo positivamente não apenas no trabalhador como no seu cuidar em toda sua complexidade e com os profissionais da enfermagem não é diferente.

CAPITULO II – O IDOSO, INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS E OS CUIDADOS

2.1. O CRESCIMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA: TERCEIRA IDADE

A população idosa compõe o segmento populacional que mais cresce, proporcionalmente, no planeta (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Esse fenômeno mundial é resultado de uma série de avanços na área de saneamento básico, controle da natalidade, diminuição da mortalidade infantil, progressos da medicina e estilo de vida mais saudável (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; MPAS, 1996; CHAIMOWICZ, 1998).

Entre os anos 1950 e 2000, o número de pessoas acima dos 60 anos cresceu de 200 milhões para 590 milhões no mundo e estima-se que no ano 2050, esse número alcançará à cifra de 2 bilhões de pessoas no mundo (STEEN, 1992; UNITES NATIONS POPULATION DIVISION, 1998). O crescimento será mais pronunciado em países em desenvolvimento, onde a população acima de 60 anos se multiplicará mais de nove vezes, passando de 171 milhões em 1998 para 1.594 milhões em 2050 (UNITES NATIONS POPULATION DIVISION, 1998).

Mas quem é essa parcela da população que cresce num ritmo tão acelerado? A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera como pessoa da terceira idade a pessoa a partir de sessenta anos, já que a partir dessa idade a pessoa começa a exigir e receber mais atenção e cuidados, em função da acentuação das transformações fisiológicas.

A legislação brasileira acompanhou a orientação da OMS, estipulando, através do Artigo 2 da Lei n.º 8.842, de 1994, o mesmo limite inicial de idade. A década de setenta foi um divisor de águas e marcou o início do processo de transformação do perfil da população brasileira com a queda da mortalidade em todas as faixas etárias, e um conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Uma idéia desse significativo crescimento pode ser percebida analisando-se o período de 1980 a 2000, quando o contingente de pessoas

entre 0-14 anos teve um aumento de 14 % enquanto o grupo de pessoas idosas cresceu 107 %. A estimativa é que em 2025 exista mais de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no país, fazendo com que o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo, o que implica em dizer que quase 15% dos brasileiros terão idade superior a 60 anos (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; PONTE, 1996; IBGE, 2000).

A expectativa média atual de vida da população brasileira ao nascer é de 69 anos para os homens e de 72 para as mulheres. Todos esses dados demonstram que o perfil da população brasileira está sendo alterado e não há mais sentido falar num país jovem.

Esse novo perfil populacional configura-se num desafio para o Brasil neste início de século, já que o aumento da expectativa de vida da população gera necessidades específicas que precisam ser supridas com o investimento e criação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, como por exemplo, a Política Nacional do Idoso (*Diário Oficial* – SP, 1999 – Ministério da Saúde) e o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741, 2003). Esses documentos contêm diretrizes que giram em torno da promoção do envelhecimento saudável e o cuja finalidade é orientar quanto aos direitos fundamentais dos idosos. Uma vez que, paralelamente às modificações demográficas, há que se pensar em transformações socioeconômicas e arquitetônicas-estruturais que visem à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

2.2 O ENVELHECER

Desde que o homem se deu conta de seu papel social, existe a pergunta do porquê do envelhecimento, e a procura pela juventude eterna. Os primeiros registros com esta preocupação talvez sejam os relatos bíblicos, mas muito pouco se concluiu a respeito do assunto. Assim, como sugere Veras (1994) vale a pena perguntar, “quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos?”. No contexto de idade ainda em trabalho há um consenso que as

peessoas acima dos 45 anos são pessoas que envelhecem e aqueles acima dos 55 anos são pessoas “anciãs”.

Para Brêtas Oliveira (1999, p.64.) o envelhecimento deve ser compreendido:

“... à luz da mediação teórica entre várias áreas do conhecimento humano, sendo que precisa ser visualizado nas esferas do indivíduo e da sociedade e nas perspectivas analíticas de gênero, geração, classe social e etnia. É um processo contínuo e finito, onde a imagem do corpo tem uma significância fundamental e a perda da autonomia (capacidade de tomar decisões) é o delimitador entre a saúde e a doença, responsável pela estigmatização dos (as) idosos (as) na sociedade”.

O envelhecimento é um fenômeno universal, natural, intrínseco a todos os animais superiores e que afeta cada um de nós de profundas maneiras e sua inevitabilidade e universalidade exigem explicações tanto biológicas como funcionais e psicossociais. Rodrigues et al (apud RODRIGUES & DIOGO, 1996) argumenta que o envelhecimento, do ponto de vista psicossocial, tem sido marcado por transformações universais, o que é comum a muitas espécies: o nascimento, o crescimento e a morte. No entanto, a velhice do ser humano depende da forma como o homem viveu no decorrer de sua vida, valores, crenças, atitudes assumidas que determinaram diferentes formas de concepção acerca do processo de envelhecimento. O processo de envelhecimento se manifesta, portanto, conforme as particularidades do sujeito, ocorrendo-lhe diversas mudanças biológicas, funcionais e, ainda, psicossociais que podem ou não estar inter-relacionadas. É conceituado de distintas maneiras, como o ciclo de vida, o curso de vida, o desenvolvimento, ou os estágios que encampam diferentes noções de valor da vida humana.

Sob o ponto de vista das mudanças biológicas o processo de envelhecimento e longevidade é um processo em que ocorrem mudanças nas células, nos tecidos e no funcionamento dos diversos órgãos. De acordo com Angulo (1982, p. 8), “já entre os 40 e 50 anos, de um modo geral, a silhueta

começa a modificar-se, em função do aumento do peso. A atitude postural do indivíduo idoso caracteriza-se, sobretudo, pela preponderância das flexões. A coluna cervical curva-se para frente aproximando a cabeça do esterno, exagera-se a cifose dorsal, imobiliza-se a coluna lombar e os membros tendem a fletir-se ao nível dos cotovelos, dos joelhos, e desarticulações coxofemorais. A marcha é mais lenta, traduzindo-se por pequenos passos, onde os pés se arrastam descontroladamente pelo solo numa idade bem mais avançada. Observando a face, nota-se o aparecimento de rugas, o alargamento da região frontal, o embranquecimento e a queda dos cabelos. A pele, principalmente nas partes expostas, perde seu vigor e se pigmenta, fica mais seca e sem elasticidade, quando pouco cuidada fica amarelada e adelgada, e aparecem manchas pardacentas com frequência nas regiões do corpo expostas, principalmente no dorso. Os órgãos, de forma variável, vão diminuindo sua capacidade funcional com a idade “.

Já, quando se fala em mudanças funcionais destaca-se os problemas físico-motores. Os ossos dos idosos ficam mais frágeis, e, portanto, com maior risco de fraturas; ocorre perda da massa e da força muscular, o que gera dificuldades de manter o equilíbrio. Como consequência o idoso apresenta o andar mais lento e menos ágil. As alterações das estruturas articulares, ainda podem causar uma diminuição da estatura. Por sua vez, a rigidez das articulações devido à diminuição da elasticidade e amplitude de movimentos, gera consequências na realização de atividades diárias como, abaixar o corpo e calçar sapatos e amarrar cadarços, pentear os cabelos, vestir abotoar roupas, limpar um chão, abrir vidros, pegar coisa em prateleiras entre outras (ÂNGULO, 1982).

Assim, não é raro ouvir-se que, após os 60 anos, não se anda bem; não se respira direito; não se tem boa memória, e diz-se que é coisa da idade. Há que se concordar que o processo de envelhecimento físico, mas, pois há um consenso de que idoso é um ser limitado e

obrigatoriamente imóvel e incapaz; no entanto, as limitações existem em qualquer idade e isso não deve diminuir o valor da pessoa idosa.

Quando se fala das mudanças psicossociais vale destacar que não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento já que as conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito causam divergência não apenas quanto ao papel do idoso na sociedade, mas também quanto a sua utilidade (VERAS, 1994, p. 37). Por isso é importante não perder de vista que, no processo de envelhecimento, a capacidade funcional do idoso encontra-se alterada, devido às mudanças biológicas no organismo e de hábitos de vida que podem limitar o funcionamento de um sistema, contudo o envelhecimento é um processo evolutivo, contínuo e inevitável da capacidade funcional, que pode ser retardado, mas não evitado (JACOB *apud* DEBETIR, 1999).

Sendo o envelhecimento um processo evolutivo e inevitável na vida das pessoas, porque as pessoas idosas são vistas como “doentes” e “incapazes”, e a velhice não é percebida socialmente como apenas mais uma fase da vida humana. A resposta parece advir do fato da condição de velhice ter um forte componente social, guiado pelo padrão estético de jovialidade e pela capacidade produtiva que coloca na condição de dispensável quem não se enquadra no estereótipo vigente.

Atrelado ao estigma de inútil os idosos têm de enfrentar as perdas emocionais que se intensificam no final da vida. São pessoas queridas que morrem precocemente, são os filhos que se casam, mais tarde os amigos que se vão e, o mais dolorido, o adeus ao esposo ou esposa. O somatório dessas perdas põem fim à auto-estima pessoal e faz com que o envelhecimento em muitos casos se caracterize por um “estado de ausência”.

Quanto a este “estado de ausência” Brink (1979, p.15) destaca:

“Na essência, os últimos anos da vida de uma pessoa envolvem uma perda progressiva de muitas coisas, como: saúde, beleza, carreira, segurança financeira, status, e uma auto-

imagem estável. O próprio temor da morte pode ser outro fator. A maioria dos indivíduos suporta estas perdas e adapta-se criativamente a mudanças inevitáveis”.

O processo de envelhecimento nos chama a atenção para a condição de fragilidade para a qual caminha o homem, mas igualmente para a necessidade desse preparar a sociedade para essa fase inevitável da vida humana. E o mais importante, já que não se pode evitar o envelhecimento, resta-nos planejar e projetar espaços construídos e naturais, agradáveis, seguros e confortáveis, para que, de alguma maneira, minimizar as perdas físicas, afetivas, econômicas e sociais dessas pessoas e deixá-las o menos dependente possível.

Pensando na questão de adaptação deve-se salientar que todas essas mudanças biológicas, funcionais e psicossociais conferem as pessoas idosas características e peculiaridades atribuídas a sua idade e fase da vida. Por exemplo, por falta de atividade durante o dia os idosos costumam dormir durante esse período, dormem e acordam muito cedo e por isso muitos tem problemas com o sono noturno. Os problemas mais comuns que interferem no sono estão ligados a algumas doenças que podem e devem ser tratadas, como: a síndrome da apnéia noturna, a síndrome da perna inquieta, os movimentos periódicos das pernas, dores de diversos tipos, problemas de incontinência urinária, problemas psíquicos de ordem subjetiva, como depressão ou melancolia, ou de fundo neurológico, como a demência causada pelo Mal de Alzheimer. Alguns idosos com problemas de sono tomam remédio para dormir, cujo

efeito pode prolongar-se ao longo do dia, ocasionando problemas de memória, dificuldade em movimentar-se e tremores. Tudo isso aumenta o risco do idoso sofrer acidentes.

Esse conjunto de fatos gera uma fragilidade que permite classificar o grau de independência ou dependência do idoso para realizar as atividades da vida diária. Benko et al. (1991), propõem uma classificação que enquadra o idoso numa das três situações:

- d) Independentes, os idosos que tem capacidade para escolher suas regras de conduta, orientar seus próprios atos e realizar as atividades cotidianas sem ajuda e de adaptar-se ao meio ambiente;
- e) Semi-dependentes são aqueles que apresentam limitações para realizar as atividades da vida diária ou suprir suas necessidades psicológicas e/ou sociais e/ou econômicas; e
- f) Dependentes são aqueles idosos que dependem de outras pessoas ou de serviços especializados para atender a maioria das suas necessidades básicas, físicas ou mentais.

Os aspectos apontados são determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, uma vez que segundo Neri (1993, p. 10), o bem-estar na velhice está relacionado à “longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos)”. O autor complementa

argumentando que envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, ou seja, em ter qualidade de vida.

Neste sentido, a qualidade de vida pode ser compreendida como formas emergentes de adaptação às condições de vida culturalmente reconhecidas, que a sociedade oferece aos seus idosos em uma adaptação multidimensional. Em outras palavras, ter qualidade de vida implica para o idoso, estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. E nesse processo de adaptação multidimensional a família ou outros grupos instituídos e responsáveis pelo cuidado com o idoso, como asilos e casas de repouso, são atores centrais e responsáveis.

Quanto ao cuidado o desejável é que a pessoa envelheça e permaneça entre as pessoas de sua família, mas nem sempre isto é possível. A solução encontrada por muitas famílias ou pelo próprio idoso são os asilos ou clínicas geriátricas especializadas. Neste caso é preciso investir na formação de profissionais que prestam assistência aos idosos, já que esses profissionais geralmente lidam com pessoas portadores de diversos distúrbios psico-sócio-econômicos, constituindo-se clientes de serviços mais complexos, que exigem da equipe de enfermagem mais tempo para a prestação dos cuidados uma vez que são esses profissionais que passam mais tempo com os idosos.

Como visto anteriormente, além da fragilidade imposta pela idade os idosos estão mais susceptíveis a muitas enfermidades e acidentes

domésticos. Monteiro (1989) aponta que os idosos costumam ser portadores de múltiplas enfermidades, tendo uma média de aproximadamente 3,7 diagnósticos por idoso (MONTEIRO 1989). Essa situação impõe aos familiares e/ou aos profissionais que convivem diariamente com essas pessoas cuidados redobrados para que consigam manter e aumentar hábitos saudáveis de alimentação, higienização, deambulação e convivência. No caso dos profissionais que cuidam dos idosos além do auxílio na realização das atividades da vida diária eles tem de tentar diminuir e compensar as carências afetivas decorrentes da ausência de familiares e pessoas queridas. Ou seja, são esses profissionais que auxiliam de maneira mais intensa e efetiva o idoso a vivenciar a velhice e superar o desafio cotidiano de manter a dignidade frente ao outro e, sobretudo, ao próprio desejo de viver.

Diante do exposto o que se pode concluir é que o envelhecimento é um processo que faz parte do ciclo evolutivo do homem, basta lembrar o dito popular que se começa a envelhecer segundos depois que se nasce. Contudo, a forma como se envelhece, hábitos saudáveis, o ambiente em que se esta e o apoio que se recebe nessa fase da vida são fatores determinantes para que o processo de envelhecimento seja, além de saudável prazeroso sob o ponto de vista psicossocial.

2.3 A NECESSIDADE DE UMA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA DE AMPARO AOS IDOSOS

Com o aumento da expectativa de vida da população e a conseqüente organização dos idosos, que passaram a lutar por um sistema de aposentadoria capaz de garantir-lhes dignidade, por um sistema de saúde adequado, por espaços de lazer, por leis mais duras contra atos de violência contra eles praticados nos próprios lares, a questão do envelhecimento transformou-se em questão pública. Todo esse movimento estimulou o Legislativo a construir, com a decisiva colaboração da sociedade civil, um conjunto de dispositivos legais voltados a dar efetividade as diretrizes constitucionais que garantem dignidade a todo ser humano, independentemente de sua idade.

Segundo Kalache (1996, p. 14), referindo-se às políticas de assistência ao idoso, coloca que, além de ser necessário estarmos preparados pessoalmente para desfrutar esta etapa da vida, o mesmo devem fazer os governos: “é preciso se preparar, desenvolver políticas inteligentes, realistas e igualitárias. Não adianta nada ter políticas fantásticas que beneficiam 10 ou 15% da população, absorvendo uma quantidade fenomenal de recursos e deixando a maioria de fora”. O autor reforça ainda que “envelhecer é um triunfo, mas, para gozar da velhice, é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegam lá”.

Em outubro de outubro de 2003, o Congresso Nacional aprovou e sancionou a Lei nº.10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Com a decisiva colaboração da sociedade civil, o Legislativo construiu um conjunto de normas voltadas a dar efetividade aos dispositivos

constitucionais que garantem dignidade a todo ser humano, independentemente de sua idade. Trata-se de uma Legislação moderna, na mesma linha da Lei de Ação Civil Pública, do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Código do Consumidor, mas que demonstra a preocupação da sociedade brasileira com o seu novo perfil populacional, já que esse perfil populacional exige do Estado e da sociedade ações efetivas voltadas à garantia dos direitos fundamentais das pessoas 60 anos ou mais idade.

Em linhas gerais entre as medidas de proteção aos idosos, estabelecidas pelo Estatuto do Idoso, estão a garantia preferêncial de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de remédios gratuitos, especialmente, os de uso continuado, o impedimento dos planos de saúde de reajustarem as mensalidades de forma diferenciada em razão da idade. Ainda ficou definidos, para os maiores de 65 anos, a gratuidade nos transportes coletivos públicos e o desconto de pelo menos 50% nos ingressos para eventos artísticos e esportivos. Nesse grupo, quem não conseguir garantir a subsistência terá direito a 1 salário mínimo, benefício atualmente concedido só a idosos com mais de 67 anos.

O descumprimento e desrespeito ao cumprimento do Estatuto do Idoso podem implicar em penas que chegam a 12 anos de reclusão para quem for processado por expor a pessoa idosa a perigo de vida, submetendo-a a condições desumanas ou degradantes ou privando-a de alimentos e cuidados indispensáveis. As famílias que abandonarem

cidadãos de terceira idade em hospitais e casas de saúde poderão ser condenadas por períodos de 6 meses a 3 anos de detenção (GUEDES, 2003).

A Lei n.º 10.741 de 1º de outubro 2003, que dispõe a respeito do Estatuto do idoso e dá outras providências assegura que as pessoas com mais de 60 anos têm direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à profissionalização, à previdência, à assistência, à habitação, ao transporte. A respectiva Lei está dividida em 7 Títulos: i) o Título I referente às Disposições Preliminares, composto por 7 Capítulos; ii) o Título II que trata dos Direitos Fundamentais, composto por 10 Capítulos; iii) o Título III que trata das Medidas de Proteção, composto por 2 Capítulos; iv) o Título IV, da Política de Atendimento ao Idoso, composto por 6 Capítulos; v) o Título V, do Acesso a Justiça, composto por 3 Capítulos; vi) o Título VI, Dos Crimes, composto por 2 Capítulos; e vii) o Título VII trata das disposições Finais e Transitórias, composto este último por 10 Artigos (Congresso nacional, Estatuto do Idoso)..

Destacar-se-á a título informativo, alguns aspectos da lei referentes aos direitos dos idosos que parecem pertinentes ao presente trabalho.

O TÍTULO I que trata das Disposições Preliminares estabelece no:

- Art. 1º - “Fica instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.”**
- Art. 2º - “O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu**

aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”.

- Art. 3º - “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

- Art. 7º - “Os Conselhos Nacionais, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei” (Capítulo II, Art 3º, encontram-se os princípios e diretrizes: A família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo-lhe sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito a vida”. Fica estabelecido ainda que o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza”) (Congresso Nacional, Estatuto do Idoso).

No TÍTULO II - Direitos Fundamentais destaca-se no:

- Capítulo IV, do Direito à Saúde, ficou definido:

- Art. 18º – “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”. - Capítulo IX, do direito da Habitação,

- Art. 37º - “O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o

desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada" contendo nos parágrafos:

- 1º - A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família;
- 2º - Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente; e
- 3º - As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis e condizentes com as normas sanitárias, sob as penas da lei.

- Art. 38º - Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

- I – reserva de três por cento das unidades residenciais para atendimento aos idosos;
- II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;
- III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso; e

- IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão (Congresso nacional, Estatuto do Idoso).

No TÍTULO IV referente a Política de Atendimento ao Idoso destaca-se:

- Capítulo I, disposições gerais, consta no Art. 47º - São linhas de ação da política de atendimento: I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

- Capítulo II, das Entidades de Atendimento ao Idoso:

- Art. 48º – “As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994”.

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos: I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; e

- Art. 50º – “Constituem obrigações das entidades de atendimento”:

- IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;

- VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso; e

- XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica (Congresso nacional, Estatuto do Idoso).

Como se pode ver não é por falta de dispositivos legais que as pessoas portadoras de deficiência correm o risco de ficarem desamparadas, e que as pessoas que não respeitem os direitos dos idosos fiquem impunes. O que se tem que destacar é que a legislação que ampara o idoso, bem como o próprio Estatuto do Idoso não irão dar conta de eliminar todas as discriminações e violências praticadas contra os mesmos, mais do que isso é preciso criar consciência de que o envelhecimento é um processo natural da vida humana, e portanto, deve ser respeitado como em qualquer outra fase. Isto porque no Brasil, apesar de a Constituição de 1988 determinar que o respeito à pessoa humana deva ser a principal conduta das autoridades e dos cidadãos, a grande maioria da população continua abandonada e privada dos seus direitos fundamentais. Como consequência dessa privação ao longo da vida o idoso sofrido e aviltado em sua dignidade é, na maioria das vezes, a criança que teve uma infância abandonada, uma adolescência desprezada, e uma vida adulta marcada pelo desemprego (RAMOS, 2004). Assim, o Estatuto do Idoso apresenta-se como mais uma importante estratégia para auxiliar no processo de construção de um espaço em que a dignidade da pessoa humana ocupe espaço de eminência.

2.4 INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS

À medida que os indivíduos atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados permanentes e os custos que advêm desses cuidados aumentam. Com isso a demanda por instituições de longa permanência tem aumentado e acompanhado o processo de envelhecimento do conjunto da população (OMS,1974; BRAVO et al.,1999).

Com relação às taxas de institucionalização, ou seja, ao número de idosos que residem em algum tipo de instituição geriátrica constatam-se que nos EUA, a taxa de idosos institucionalizados vêm mantendo-se constante desde a década de 70, por volta de 4,4%. Porém, há um aumento das taxas, quando estudadas por segmentos de faixa etária. Em 1977, as taxas de institucionalização entre idosos de 65 a 74 eram de 1,08%, entre 75 e 84 era de 4,55% e entre os idosos acima de 85 anos alcançava 19,2% (CENTER FOR DISEASES CONTROL, 2001). Em 1992, 3% dos homens e 6% das mulheres com mais de 65 anos residiam em casas geriátricas. Para faixas etárias específicas, a porcentagem aumenta de 1%, entre homens e mulheres, de 65 a 74 anos, para 15% para homens e 25% de mulheres acima de 85 anos. A porcentagem de pessoas que vivem em seu domicílio, mas necessitam de auxílio de terceiros nas atividades diárias também aumenta conforme a faixa etária, de 10%, entre 65 a 74 anos para 37% nos maiores de 85 anos. Projeções para o ano 2040 calculam uma população norte-americana residente em casas geriátricas de 3,6 a 5,9 milhões de pessoas (SCHNEIDER e GURALNIK,1990). Já na Espanha a taxa de institucionalização é de 2% (BACIERO, GANDARIAS E PÉREZ, 1998), na Alemanha fica em torno de 4% e em Singapura em cerca de 1,6% (LEHR,1999). Na cidade do Rio de Janeiro (RJ), em 1999, foram identificadas 104 instituições geriátricas, com um total estimado de 4.315 leitos. Os autores (MORENO e VERAS, 1999), consideram tal número bastante reduzido, em virtude da quantidade de indivíduos idosos no município (em 1996 era de aproximadamente 670.000) e sugerem mais estudos sobre a demanda de idosos por esse tipo de instituição. Ademais, concluem que o modelo institucional geriátrico brasileiro é considerado

ultrapassado no que se refere à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (MORENO e VERAS, 1999).

A condição dos idosos institucionalizados pode variar consideravelmente, desde a independência até àqueles que necessitam de monitoramento constante por estarem acamados e, portanto, totalmente dependentes como citado anteriormente. No Brasil, a carência de estudos sobre a institucionalização de idosos dificulta inferências mais precisas acerca do assunto. Embora muitos idosos sejam institucionalizados por problemas físicos e mentais que causam dependência, a miséria e o abandono familiar assim como a atuação governamental geralmente está relacionada ao processo de institucionalização (CHAIMOWICZ E GRACO, 1999; WALDOW, 1987). A literatura cita alguns fatores que contribuem para o processo de institucionalização da população idosa como a urbanização, as dificuldades financeiras, a falta de cuidados no ambiente familiar, a falta de espaço no domicílio, a deterioração das condições de saúde, a solidão e o medo da violência (LOUZÃ NETO et al., 1986; VERAS, 1987; WALDOW, 1987; CHAIMOWICZ, 1998).

Segundo Chaimowicz e Greco (1999), a institucionalização de idosos apresenta-se como alternativa em situações como necessidade de reabilitação intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência elevados. E acrescentam: *“a subjetividade transforma a decisão de internar numa função da disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família-Estado-sociedade”*. Os autores estudaram a dinâmica da institucionalização de idosos na cidade de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais, e identificaram que a taxa de institucionalização que, considera o número de indivíduos residentes em instituições em relação ao total de indivíduos da mesma faixa etária, foi de 0,6%. Com algumas exceções, instituições com maior capacidade, expressa pelo número de leitos, dispunham de melhor infra-estrutura e geralmente, forneciam algum tipo de assistência médica.

Bastian (1979) duas décadas antes analisando as instituições geriátricas de Porto Alegre/RS constatou o mesmo fato em seu trabalho ao identificar 25 instituições residências para pessoas idosas, representando uma oferta total de 1.163 leitos. Em seu estudo concluiu que estabelecimentos com maior capacidade física contavam com mais recursos materiais e humanos para assistir os idosos do que os estabelecimentos com menor capacidade física. A mesma autora realizou pesquisa semelhante na cidade de São Paulo/SP com um universo de 44 casas geriátricas, totalizando 5.130 leitos, e novamente confirmou a suposição anterior, qual seja, que instituições com grande número de leitos contavam com mais componentes de assistência à saúde (médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, terapia ocupacional entre outros) do que instituições de menor porte.

O autor conclui seus estudos destacando que apesar da maioria das instituições que abrigam idosos ter o propósito de proteger e assistir o público idoso que sofre de alguma incapacidade ou possui algum grau de dificuldade na realização das atividades diárias, de um modo geral, pode-se dizer que os serviços de atendimentos aos idosos no Brasil funcionam em condições precárias. De maneira mais específica o autor atribui a precariedade do atendimento a carência de pessoal técnico especializado que as instituições necessitam para oferecer um serviço de maior qualidade (BASTIAN, 1976,1979).

Quanto ao número de instituições residenciais para idosos (clínicas) o que se observa no Brasil é que esse vem crescendo, sendo essas instituições na sua maioria privadas (WALDOW, 1987). Mas independente de ser uma instituição particular, pública ou do terceiro setor, cada uma delas geralmente tem uma clientela definida pelo tipo de atendimento que realiza. Assim, essas instituições podem ser classificadas como geriátricas ou gerontológicas, destinadas a idosos dependentes e independentes respectivamente, sendo que muitas são de caráter misto (COREN-RS, 2000). Segundo Carrol (1991): gerontologia abrange todo o processo de envelhecimento como estudo das doenças da velhice, seu tratamento, assim também como a personalidade e conduta do idoso, considerando os aspectos ambientais e culturais do

envelhecer, ligando-se até mesmo com a medicina e a sociologia, ao tratar do processo biológico do envelhecimento em toda a sua plenitude; geriatria contempla a especialidade medica que trata de doenças de idosos ou doentes idosos, visando também o prolongamento da vida de forma saudável.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul sugere uma classificação para as casas geriátricas, quanto ao tamanho, de acordo com o número de idosos residentes. As Instituições residentes que abrigam até 20 residentes são consideradas de pequeno porte; as que abrigam de 21 a 40 residentes são consideradas de médio porte; as que abrigam de 41 a 60 residentes, são consideradas de grande porte; e as que abrigam mais de 60 residentes, são consideradas de porte especial (COREN-RS, 2000).

Mas por que as pessoas procuram ou são colocadas em instituições destinadas a pessoas idosas? Autores como Bastian, (1976) observa que indivíduos com menor grau de dependência vivem em instituições devido a barreiras socioeconômicas. Nesses casos muitas vezes as pessoas são abandonadas pela própria família que encontra na instituição uma solução para seu problema familiar. Essa situação pode levar ao isolamento, à segregação e aumentar o grau de dependência do idoso. Já em outras situações a família apenas busca nessas instituições um apoio no cuidado do idoso e quando pode acompanha de perto

Lehr (1999) destaca que o ambiente físico e o meio ambiente interferem no comportamento de indivíduos com limitações, determinando seus comportamentos. O ambiente pode então contribuir para a dependência e restrição do espaço de vida ou pode ser favorável e adaptável, estimulando atividades e aumentando competências existentes, assim como recursos pessoais. Motivo pelo qual as instituições destinadas a idoso devem atender e respeitar condições mínimas de funcionamento.

2.4.1 Normas para Clínicas Geriátricas e Congêneres

Com o aumento da população de idosos no Brasil, se faz necessário estabelecerem normas e padrões técnicos de atendimento ao idoso por essas instituições (casas de repouso, clínicas geriátricas). A Portaria nº 810 – de 22

de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, define no item V – casas de repouso, clínicas geriátricas e congêneres, como Instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade. Sendo o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender as necessidades de cuidados com a saúde, a alimentação, a higiene, o repouso e o lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional.

O Ato da instituição de atenção ao idoso deve ter um estatuto onde estejam explicitados os seus objetivos, a estrutura da sua organização e, também, todo o conjunto de normas básicas que regem a Instituição. A instituição deve contar com um responsável técnico detentor de título de uma das profissões da área de saúde (médicos ou enfermagem), que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária. As pessoas atendidas deverão ter um registro atualizado, com endereço de um familiar ou responsável, caso o atendimento não se deva à decisão do próprio idoso. Também devem ser anexadas aos registros informações demonstrando a capacidade funcional e o estado de saúde do indivíduo, a fim de adequar os serviços às necessidades da pessoa a ser atendida, constando todos os fatores relevantes ocorridos no período de atendimento relacionados à saúde, bem-estar social, direitos previdenciários, alta e/ou óbito. Deverão produzir e manter arquivado um relatório mensal, que poderá ser exigido a qualquer momento pela autoridade sanitária competente.

Quanto ao funcionário, a respectiva Portaria define que no caso do cuidador (pessoa responsável pelos cuidados com o idoso), sua atividade é vista como uma ocupação e não como uma profissão. A função de cuidador foi oficializada pela Portaria Interministerial nº 5.153, de 7 de abril de 1999, que considera a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso e de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida. O cuidador oficializado por esta portaria é capacitado a realizar cuidados básicos,

que de acordo com os documentos sobre o assunto, diz respeito à higiene, a alimentação e a ajuda na locomoção dos idosos.

A Legislação e Código de ética dos profissionais de Enfermagem, define na lei, apenas o exercício de três categorias profissionais de enfermagem: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem (documentos básicos de enfermagem, 2003). Sendo que cabe ao enfermeiro atuar como gerente supervisor, coordenador e avaliador das equipes de enfermagem; o técnico e auxiliares de enfermagem exercem as funções de assistência aos pacientes sob a supervisão direta do enfermeiro. (documentos Básicos de Enfermagem, 2003)

2.4.1.3. A área física e as Instalações

A área física das instituições que cuidam de idoso deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidentes. Assim as instalações devem ser preferencialmente construções horizontais de caráter pavilhonar. Quando dotadas de mais de um plano e não dispuserem de equipamento adequado como rampa ou elevador para a circulação vertical, estas instituições só poderão atender pessoas imobilizadas no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo. Os prédios deverão dispor de meios que possibilitem o rápido escoamento, dos residentes com segurança, em casos de emergência, de acordo com as normas estabelecidas pelo corpo de Bombeiros ou quando inexistir essa corporação no local, pela Coordenaria de Defesa civil do Município (Portaria nº 810 – de 22 de setembro de 1989, V – casas de repouso, clínicas geriátricas e congêneres, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro).

a) Acesso:

Quanto ao acesso, as instituições deverão possuir rampa com inclinação máxima de 5% (cinco por cento) e largura mínima de 1,50m, dotada de guarda-corpo e corrimão; piso revestido com material antiderrapante, que permita o

livre rolamento de cadeiras de rodas. A exigência é de que tenham no mínimo 2 (dois) acessos independentes, sendo um deles para os idosos e outro para os serviços.

As portas externas e internas devem ter vão luz de 0,80m no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondadas. Portas de correr terão os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeira de rodas. As portas dos sanitários devem abrir para fora, e devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior. As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outra que dificulte a abertura das mesmas.

b) Corredores:

Os corredores deverão ter largura mínima de 1,50m. Exige-se que todas as instituições já existentes ou que venham a ser criadas equipem os corredores com corrimão em ambos os lados, instalados a 0,80m do piso e distantes 0,05m da parede.

Não é permitida a criação de qualquer forma de obstáculos à circulação nos corredores, incluindo bancos, vasos e outros móveis ou equipamentos decorativos.

c) Escadas:

As escadas devem ser em lances retos, com largura mínima de 1,20m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. Os espelhos do primeiro e dos últimos degraus devem ser pintados de amarelo equipados com luz de vigília permanente. Exige-se que as escadas tenham portas de contenção com molas e travas leves, que as mantenham em posição fechada. Quanto as rampas devem obedecer às especificações descritas no item “acesso” e devem ser instaladas em todos os locais onde exista mudança de nível entre 2 (dois) ambientes. Os elevadores e Monta-Cargas obedecerão às normas estabelecidas na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 6 de dezembro de 1977.

d) Sanitários

Os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no “Box” do chuveiro. Devem ser instalados no mesmo pavimento onde permanecerem os idosos atendidos. O vaso sanitário deve ser instalado sobre um sóculo de 0,15m de altura, na proporção de 1 vaso sanitário para cada 6 pessoas. No caso das paredes laterais ao vaso sanitário serem afastadas, deverá ser instalada em ambos os lados do vaso uma estrutura de apoio em substituição às barras instaladas na parede. O chuveiro deve ser instalado em compartimento (Box) com dimensões internas compatíveis com banho em posição assentada, dotado obrigatoriamente de água quente e na proporção de um chuveiro para cada 12 leitos. A bacia sanitária (bidê) quando existente, deve ser instalada sobre um sóculo de 0,15m de altura e equipada com a mesma estrutura de apoio descrita para o vaso sanitário. As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia.

e) Iluminação, ventilação, instalações elétricas e hidráulicas

Os aspectos referentes a iluminação, ventilação, instalações elétricas e hidráulicas, deverão obedecer aos padrões mínimos exigidos pelo código de obras local, sendo obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, áreas de circulação, no primeiro e nos últimos degraus da escada.

f) Quartos

A área mínima recomendada para os quartos é de 6,5 m² quando equipado com apenas 1(um) leito, e de 5m² por leito para até 4 (quatro) leitos, sendo, portanto este o número máximo leitos recomendável por dormitório. Aquelas instalações já existentes com dormitórios tendo acima de 4 (quatro) leitos deverão seguir as normas em vigor do Ministério da Saúde para enfermarias. É expressamente vetado o uso de camas tipo beliche, camas de armar assemelhadas e a instalação de

divisórias improvisadas que não respeitem os espaços mínimos ou que prejudiquem a iluminação e a ventilação, conforme estabelecido pelo código de obras local. A distância mínima entre 2 (dois) leitos paralelos deve ser de 1,00m e de 1,50m entre um leito e outro fronteiroço.

Recomenda-se que a distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela deva ser de 0,50m.

g) Sala de refeição

A sala para o serviço de nutrição e dietética deve ser constituída por cozinha, refeitório e dispensa, sendo que o refeitório poderá também servir como sala para a realização de atividades recreativas e ocupacionais, com área mínima de 1,5m² por pessoa para instituições com capacidade para até 100 (cem) pessoas. Todas as Instituições deverão contar com área destinada à recreação e ao lazer, inclusive de localização externa, com área mínima de 1m² por leito instalado.

h) Áreas para atividades de reabilitação:

Aquelas Instituições que se propõe a executar ações visando à reabilitação funcional e cognitiva deverão possuir instalações específicas com área mínima de 30m² e dotadas de pia com bancada, sanitário próximo, mobiliário e equipamentos específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados, inscritos no conselho de profissionais da área respectiva.

i) Limpeza e Higienização:

As dependências deverão ser mantidas em perfeitas condições de higiene e asseio. Todo o lixo deverá ser acondicionado em sacos plásticos apropriados, conforme norma técnica da ABNT 9050/2004. Deverá ser prevista lixeira ou abrigo de lixo externo à edificação para armazenamento dos resíduos até a coleta municipal.

j) Tipos de Materiais de Construção:

As paredes e tetos deverão possuir revestimento lavável de cores claras, permitindo limpeza e desinfecção. Não é permitida a instalação de paredes de material inflamável com o objetivo de dividir ambientes. Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiaderente, nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha.

I) Mobiliário e equipamentos básicos:

A disposição do mobiliário deve possibilitar fácil circulação e minimizar os riscos de acidentes e incêndios. Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção, deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance da mão. É desejável a instalação de telefones comunitários para uso dos idosos.

2.4.1.4. Especificações de recursos humanos

As instituições para idosos em geral devem contar com: assistência médica; assistência odontológica; assistência de enfermagem; assistência nutricional; assistência psicológica; assistência farmacêutica; atividades de lazer; atividades de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudióloga); serviço Social; apoio jurídico e administrativo; e serviços gerais. O dimensionamento da equipe multiprofissional necessária à assistência ao idoso institucionalizado deverá basear nas necessidades da população atendida; na disponibilidade de recursos humanos regionais ou locais; nos critérios dos respectivos conselhos regionais de profissionais (Diário Oficial de 27 de setembro de 1989)..

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul desenvolveu uma proposta de dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas, em função do porte da instituição, definido pelo número de idosos que esta acolhe e seu respectivo grau de dependência. Este dimensionamento foi baseado na estimativa de que 2/3 (dois terços) dos idosos atendidos sejam independentes e um terço dependente e ou semi-dependente.

Assim, ficou recomendado que:

- e) **instituições de pequeno porte**, com até 20 internos, devem conter uma equipe de enfermagem com: 1 enfermeiro responsável técnico e 6 profissionais, nas 24 horas, com formação de técnicos e/ou auxiliares;
- f) **instituições de médio porte**, com 21 a 40 internos, devem conter uma equipe de enfermagem com: 2 enfermeiros sendo 1 responsável técnico e 9 profissionais, nas 24 horas, com formação de técnicos e/ou auxiliares;
- g) **instituições de grande porte**, com 41 a 60 internos, devem conter uma equipe de enfermagem com: 3 enfermeiros sendo 1 responsável técnico e 12 profissionais, nas 24 horas, com formação de técnicos e/ou auxiliares; e
- h) **instituições de porte especial**, acima de 61 internos, para cada 20 internos repete-se o módulo de profissionais recomendado para as de pequeno porte.

As funções de responsabilidade técnica, no caso do enfermeiro, não pode ser cumulativas ao cargo de gerente da instituição ou outro de complexidade semelhante, sendo também recomendada a contratação de pessoal para as substituições de folgas, férias e licenças. Também foi recomendado que fossem treinados os empregados de serviços gerais para participar do atendimento aos idosos (COREN_RS, 2000).

2.4.2.1.1 Profissionais de enfermagem e cuidadores

Não existe lei impedindo que qualquer pessoa cuide de idosos. No entanto, o mais indicado é que o cuidado (alimentação, higiene, medicações e curativos) do idoso fragilizado ou dependente fosse realizado por um profissional de enfermagem, seja um auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro. De acordo com o Decreto n°. 148 (Ministério da Saúde – SP, 1996), que regulamenta a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso no Brasil, uma das formas de prevenir doenças causadoras de perdas funcionais dos idosos é inserir “cuidadores” de idosos tanto no domicílio como na

instituição para que prestem o apoio necessário ao desenvolvimento de cuidados informais.

A professora Maria José Diogo, do departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), defende que os cuidados com o idoso sejam realizados pelo profissional de enfermagem ou, no mínimo, que o cuidador fique sob a orientação e responsabilidade de uma equipe profissional.

No que diz respeito a atividade a enfermagem é uma das profissões mais jovens, ainda que uma das artes mais antigas. Teve seu início na Antiguidade, com a vida familiar, e evoluiu como uma extensão dos cuidados entre os membros das famílias. Muitas vezes pessoas substitutas eram chamadas para amamentar recém-nascidos saudáveis e cuidar de outros membros da família que adoecessem, envelhecessem e ficassem impotentes para cuidar de si mesmos. Havia, comumente, mais necessidade de prestação de cuidados do que o ato de curar (TIMBY, 2001).

Assim, segundo uma das definições mais antigas de enfermagem, da autoria de Florence Nightingale, em 1859, o objetivo da “enfermagem é colocar os indivíduos na melhor condição possível para que a natureza recupere e mantenha sua saúde”. Em 1978, Fagin sugeriu que a enfermagem possa ser definida de modo a incluir a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção à doença, o cuidado de pessoas durante fases agudas de doença, e a reabilitação e a restauração da saúde (IYER et al, 1993). A definição mais recente de enfermagem é a da American Nurses Association (ANA), onde a enfermagem é definida como “o diagnóstico e o tratamento das reações humanas a problemas reais ou potenciais da saúde”.

Pode-se confirmar com os conceitos anteriores, que, de início, existia a necessidade de cuidado, nem sempre fundamentado e cientificamente utilizado, onde o emprego do conhecimento científico ficava relegado a segundo plano, e os estigmas de caridade, doação eram muito fortes, envolvendo a enfermagem como um todo. Esta visão vem se descaracterizando, tendo em vista a profissionalização desta categoria.

A enfermagem profissional ou moderna, nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho (Pires, 1989, p.121).

Os campos de atuação do enfermeiro são vários, mas a Lei nº. 7.498/86 regulamenta apenas o exercício de 3 categorias profissionais de enfermagem, a saber: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, cada qual atuando segundo suas competências legais e respeitando de forma igualitária seu Código de Ética da Profissão, descrito na Resolução COFEN 240 (Documentos Básicos de Enfermagem, 2003).

Com essas definições legais enquanto o enfermeiro atua como gerente supervisor, coordenador e avaliador das atividades da equipe de enfermagem, os técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem suas funções de assistência aos pacientes sob supervisão direta do enfermeiro, uma vez que profissionais de formação de nível médio não são capacitados legalmente para exercer a profissão como autônomos ou liberais (Documentos Básicos de Enfermagem, 2003).

O Enfermeiro é, portanto o gerente de enfermagem nas funções de facilitador, incentivador e líder, ele desenvolve automaticamente suas habilidades técnico-científicas, seu bom relacionamento, comunicação e obtenção de resultados contribuindo grandemente para a competitividade das organizações e o aprimoramento e satisfação no trabalho (KING, 1971).

Quanto ao Auxiliar de Enfermagem, formação de nível médio, regulamentada pela Lei nº. 9.394/96; Decreto nº. 2.208/97; e a Lei nº. 7.498, decreto nº. 94.406. O curso tem duração média de 12 a 18 meses e é voltado para a enfermagem prática. Entre outras competências cabe ao auxiliar de enfermagem:

- f) Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como: ministrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; realizar teste e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico; e colher material para exames laboratoriais etc;
- g) Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive: alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se; e zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde.
- h) Integrar a equipe de saúde;
- i) Participar de atividades de educação em saúde, inclusive: orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas; e auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde; e
- j) Executar os trabalhos de rotina vinculadas à alta de pacientes.

Como já referido anteriormente, os idosos geralmente são portadores de diversos distúrbios psico-sócio-econômicos, constituindo-se clientes mais complexos, que exigem do enfermeiro mais tempo para a prestação dos cuidados. Essa demanda específica faz com que a Enfermagem Gerontológica, abranja os conhecimentos específicos de enfermagem acrescidos daqueles relacionados ao processo do envelhecimento (GUNTYER E ESTES apud PEREZ, 1993). Esses conhecimentos permitem ao enfermeiro que atua na área de geriatria e gerontologia fazer uma avaliação global do estado biofuncional do idoso para que possa intervir com as condutas necessárias e consiga aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações

inerentes da idade, confortar suas angústias e debilidades da velhice, incluindo o processo de morte (FERREIRA, 1999).

Paralela as atividades dos profissionais da enfermagem existe a atividade do cuidador - pessoa responsável por cuidados com o idoso. A atividade de cuidador é vista como uma ocupação e não como uma profissão. A atividade foi oficializada pela Portaria Interministerial nº. 5.153, de 7 de abril de 1999, que considera a necessidade de habilitar recursos humanos complementares para cuidar do idoso e de criar alternativas que proporcionem aos idosos uma melhor qualidade de vida. O cuidador, sendo pessoa membro ou não da família, com ou sem remuneração, oficializado por esta portaria (*Diário Oficial*– SP, 1999, p. 20-24 Ministério da Saúde) é capacitado a realizar cuidados básicos, que de acordo com os documentos sobre o assunto, diz respeito à higiene, a alimentação e a ajuda na locomoção do idoso. Sua prática não se restringe a essas atividades, mas deve-se ressaltar que o cuidador não tem formação e qualificação profissional para realizar as atividades profissionais que são de incumbência da equipe de enfermagem.

Segundo Timby (2001) a educação continuada deve ser premissa na formação dos profissionais da enfermagem, uma vez que isso evidencia comprometimento pessoal, promove a confiança do público, garante competência na prática atual e mantém o indivíduo a par da tecnologia que afeta o cuidado do paciente. A II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, reforçou a necessidade urgente, no mundo, de ampliar as oportunidades educacionais em geriatria e gerontologia para todos os profissionais da saúde que atendem aos idosos e de ampliar programas educacionais sobre saúde dos idosos para os profissionais do setor de serviços sociais. A Assembléia destaca que os cuidadores informais tem um papel fundamental no processo de atendimento dos idosos, sendo muitas vezes a principal assistência, necessitando esses profissionais igualmente de informação e capacitação específica para lidar com os idosos.

2.5 ERGONOMIA

Para Marx, “o trabalho é, primeiramente, um ato que se passa entre o homem e a natureza. O homem desenvolve em relação à natureza o papel de uma potência natural. As forças cujo seu corpo é dotado, braços e pernas, cabeça e mãos, ele as coloca em movimento a fim de se apropriar das matérias, lhes dando uma forma útil a sua vida” (O Capital Tomo I, p. 180).

Com efeito, essa atividade é um traço específico da espécie humana, um processo que liga o homem à natureza, isto é, uma atividade racional que evidencia dois aspectos, o trabalho é um comportamento e, também, um constrangimento (OMBREDANE E FAVERGE, 1955). Como comportamento o trabalho gera resultado dialético, tanto satisfação quanto dor e sofrimento.

Para contrapor os malefícios gerados pelo trabalho a ciência desenvolve áreas específicas de conhecimento como a Ergonomia. O termo “Ergonomia” advém de ERGO (do grego = trabalho) + NOMOS, (= lei), ou seja, o ramo de conhecimentos, que define leis ou regras na relação do homem com o seu trabalho. A Ergonomia é uma ciência multidisciplinar que, através de conhecimentos científicos de diversas áreas, tais como Fisiologia, Antropologia, Sociologia, Antropometria e Biomecânica analisa a relação homem/ambiente/trabalho e propõe soluções de melhoria.

Portanto, a Ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho ao homem, enfatizando que o trabalho deve se adaptar ao homem e não o contrário, enfocando além dos aspectos físicos do trabalho, os aspectos organizacionais, percebendo, aceitando e ajustando o trabalho às limitações humanas (IIDA, 1990). Como área de múltiplos conhecimentos a Ergonomia é aplicada em diferentes campos de trabalho: na indústria, na agricultura, na mineração, na vida diária e no setor de serviços (escritórios, bancos, lazer e prestações de serviços em geral).

Ao projetar ambientes seguros, a Ergonomia apóia-se em conhecimentos de diferentes áreas científicas, como antropometria, biomecânica, fisiologia, psicologia, toxicologia, engenharia mecânica, desenho industrial, eletrônica, informática e gerência industrial, integrando e selecionando os conhecimentos relevantes dessas áreas, desenvolvendo

métodos e técnicas específicas para a melhoria do trabalho e das condições de vida. Isso caracteriza uma diferenciação básica: o caráter interdisciplinar, o apoio em diferentes áreas de conhecimento humano e aplicado, adaptando o posto de trabalho e o ambiente às características e necessidades do trabalhador (DUL e WEERDMEESTER, 1995). O fundamento principal da ergonomia é o fator humano. Através do estudo de suas características anatômicas, fisiológicas e psicológicas, a Ergonomia contribui para a melhoria da qualidade de vida, seja qual for o setor (MARIÑO, 1993).

Com a extensão da aplicação da Ergonomia na sociedade em geral, os seus critérios e o interesse tornaram-se mais subjetivos e difusos como a qualidade de vida, o bem-estar social e a satisfação dos consumidores, resultando nas interações da Ergonomia com os serviços de transportes, saúde, educação, informações, vida doméstica, produtos de consumo e atividades de lazer. As universidades, bancos, centrais de abastecimento e outras organizações exigem operações de sistemas igualmente complexos, oferecendo muitas oportunidades para estudos e aplicações da Ergonomia.

Grandjean (1998) classifica quatro estágios do desenvolvimento da Ergonomia desde a sua provável origem até os dias de hoje:

- **a ergonomia da interface homem-máquina**, ou ergonomia ocupacional, que se preocupa em trabalhar a problemática da ciência e da tecnologia e a prática das questões físicas e de percepção aplicáveis a produtos, equipamentos e postos de trabalho;
- **a ergonomia da interface homem ambiente**, ou ergonomia ambiental, que amplia a área de atuação da primeira fase para considerar os temas relativos ao ser humano em seu ambiente natural e ao seu ambiente, por ele construído;
- **a ergonomia da interface homem-computador**, ou ergonomia de software ou cognitiva, que redireciona a ênfase do primeiro período, mas ligada aos

aspectos físicos propriamente ditos e aos aspectos cognitivos ou do conhecimento da questão; e

- **a ergonomia da interface organização-máquina**, ou macro-ergonomia, ou tecnologia de interface homem-organização-ambiente máquina, cujo foco central implica perceber os aspectos relativos ao sistema produtivo como um todo (visão de sistema/ organização/ tecnologia/ ambiente de trabalho/ pessoas).

Uma das características da Ergonomia como área de conhecimento é definir as características físicas e ambientais ideais do posto e ambiente de trabalho, conforme o tipo de atividade ou inter-relação exercida no ambiente onde a pessoa atua. São considerados na abordagem ergonômica aspectos tais como: a postura e os movimentos corporais (em pé, empurrando, puxando, levantando pesos, sentado); fatores ambientais (temperatura, agentes químicos, ruído, vibrações, iluminação); informação (informações captadas pela audição, visão e outros sentidos); e a organização do trabalho. A conjugação adequada desses fatores permite a realização de ambientes seguros, saudáveis, confortáveis e eficientes, colocando o homem como foco no projeto do trabalho e em seu meio ambiente.

Através da visão focada no homem e suas características, a Ergonomia utiliza-se da antropometria como disciplina de apoio, que trata de medidas físicas do corpo humano e seus segmentos, com a correspondente aplicação dos dados antropométricos em projetos de produtos diversos, sistemas e postos de trabalho. “A antropometria é definida como o estudo das medidas das várias características do corpo humano” (SERRANO,1993). A intenção é verificar a compatibilidade dos dados antropométricos das pessoas com as dimensões do posto de trabalho onde realizam suas tarefas para planejar as adaptações necessárias e cabíveis no posto de trabalho.

Com relação ao ambiente físico, Laville (1977) afirma que se pode caracterizar um ambiente por meio de medidas físicas, que são o meio térmico, sonoro, luminoso e vibratório. Ele reforça ainda, que o homem só pode conservar a integridade de seu organismo quando esses meios não

ultrapassam certos limites. A temperatura causa diferentes sensações em diferentes indivíduos dependendo da idade, raça, hábitos e estado geral e, quando fora dos limites válidos, produz desconforto e risco para o ser humano (VERDUSSEN, 1978). Já uma iluminação excessiva ou insuficiente pode causar distúrbios digestivos e neuro-visuais, tremor nas pálpebras e sonolência, o que torna o ambiente desagradável para o ser humano (Serrano 1993). Já o ruído pode causar perdas irreversíveis à saúde humana caso não se controle as condições sonoras do ambiente.

Montmollin (1990) trata da ambigüidade da Ergonomia, já que se pode encontrá-la simultaneamente como uma disciplina modesta e, ao mesmo tempo, muito ambiciosa: modesta porque se mantém silenciosa perante as grandes evoluções que modificam em profundidade o mundo do trabalho; ambiciosa porque o ergonomista pretende fabricar instrumentos, teóricos e práticos, que permitam conceber e modificar o trabalho, assim como os instrumentos que visam facilitar a vida cotidiana de pessoas idosas.

2.5.1 Análise Ergonômica do Trabalho (AET)

Segundo Wisner (1987), *“o princípio da análise ergonômica do trabalho, e do trabalho de campo, é em si revolucionário, pois nos leva a pensar que os intelectuais e cientistas têm algo a aprender a partir do comportamento e do discurso dos trabalhadores”*. Assim, a exigência científica principal da Ergonomia, está no conhecimento pela observação das situações reais de trabalho, objetivando desenvolver conhecimentos sobre a forma como o homem efetivamente se comporta ao desempenhar o seu trabalho e não como ele deveria se comportar. Para apreender das situações de trabalho, em sua totalidade e dimensões, a Ergonomia utiliza uma metodologia própria de intervenção – **a Análise Ergonômica do Trabalho (AET)**.

A análise ergonômica do trabalho é um modelo metodológico de intervenção que possibilita a compreensão dos determinantes das situações de trabalho. Para tanto, tem como pressuposto básico, a distinção entre o trabalho

prescrito, comumente denominado de tarefa e o trabalho real, que é aquele efetivamente realizado pelo trabalhador, inserido em um contexto específico, para atingir os objetivos prescritos pela tarefa. Este fazer, denomina-se de atividade.

Para tanto a análise ergonômica do trabalho comporta a descrição integral das seqüências mais ou menos longas dos comportamentos de um ou mais trabalhadores (WISNER, 1994). Laville (1977) afirma que é através da análise ergonômica que se torna possível uma compreensão mais abrangente da situação de trabalho, pois todos os elementos relacionados com o trabalho serão estudados e considerados no momento da realização deste trabalho. Desta forma, a análise ergonômica do trabalho tem por objetivo a análise das exigências e condições reais da tarefa e análise das atividades efetivamente realizadas pelos trabalhadores para realizarem sua função.

A intervenção ergonômica pressupõe que o processo seja iniciado a partir da identificação da demanda, que pode se transformar no confronto com a realidade do trabalho. Este processo é negociado até a formulação de uma primeira demanda consensual (Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos 1999). A finalidade de uma análise ergonômica é sempre melhorar as condições de trabalho, dentro de limites considerados aceitáveis para a produção. Portanto, o ponto crítico da ação do ergonomista situa-se no momento da avaliação da intervenção, pois é ali, que a justeza da demanda negociada mostra ou não o seu acerto.

Neste enfoque, coloca-se como pano de fundo da definição da intervenção ergonômica, a noção de melhoria. Por trás desta noção de melhoria da relação homem trabalho, existe o agente da ação (o ergonomista), o sujeito da ação (o trabalhador) e a própria ação (o trabalho). Assim, o trabalho seria o mediador da construção da saúde, de forma que a melhor relação homem - trabalho não é a exclusão do trabalho, mas, sim, uma relação harmônica entre os dois - trabalho/saúde.

Encontramos então, um limite, onde estas duas preocupações andam juntas, quando a melhoria da qualidade passa por uma melhoria da segurança

e do respeito às regras do trabalho. Estas contradições mostram que a intervenção ergonômica não pode ser avaliada apenas pelo ergonomista. Ela passa necessariamente pela mediação e apreciação dos sujeitos da ação. Vale ressaltar, ainda, a premissa ética da aceitação voluntária do trabalhador, quanto a presença do ergonomista na situação de trabalho. Nesta perspectiva, um dos critérios mais importantes a respeito do êxito do projeto ou da intervenção ergonômica deve ser dado pela avaliação dos próprios trabalhadores/usuário (Escola, Saúde e trabalho: estudos psicológicos, 1999).

Com isso a análise ergonômica do trabalho é composta por três fases (FIALHO E SANTOS, 1995) que devem ser cronologicamente abordadas para garantir uma coerência metodológica. Porém, na prática, estas fases podem ocorrer de forma quase simultânea, sem prejuízo da seqüência metodológica. Estas fases podem ser classificadas da seguinte maneira: Análise da demanda; Análise da Tarefa; e Análise da Atividade.

A Análise da Demanda permite compreender a natureza e a dimensão dos problemas apresentados, assim como elaborar um plano de intervenção para abordá-los. Por outro lado, a análise ergonômica da demanda permite a definição de um contrato e delimitação da intervenção nos seus diversos aspectos: objeto da demanda, situação de trabalho a ser analisada, prazos para sua realização, custos da intervenção, acesso às informações, etc. A demanda reflete a percepção que o solicitante tem das contribuições que a ergonomia pode dar a um determinado sistema de produção e que, normalmente, é restrita aos aspectos físico-ambientais do trabalho.

Segundo Guérin et al. (1991), a origem da demanda pode ser proveniente de diferentes interlocutores (direção geral, serviços técnicos

e de pessoal, trabalhadores e seus representantes) cuja formulação inicial pode ser ou não admissível ao ergonomista. Para Abrahão (1993), a demanda pode apresentar muitas vezes objetivos contraditórios, e sua formulação inicial geralmente é colocada em termos de problemas a serem resolvidos, isolados do contexto. Wisner (1994) afirma que nesta fase ocorre uma familiarização com a empresa, o sistema de produção e seus critérios de bom funcionamento, bem como com aqueles critérios que não são alcançados e justificam a intervenção. Uma vez definido o problema, o ergonomista fará uma proposta de intervenção que será colocada em discussão com as partes interessadas, transformando-se num contrato de intervenção ergonômica.

A Análise da Tarefa é o que o trabalhador deve realizar e as condições ambientais, técnicas e organizacionais para esta realização. Itiro Lida (1997) traz a seguinte concepção: a primeira etapa do projeto de um posto de trabalho é fazer uma análise detalhada da tarefa. Ela pode ser definida como um conjunto de ações humanas que torna possível fazer funcionar o sistema, para se atingir o objetivo pretendido. Segundo ele, a análise da tarefa deverá ser iniciada o mais cedo possível, antes que certos parâmetros do sistema sejam definidos e se torne difícil ou oneroso introduzir modificações corretivas. Montmollin (1990) considera a tarefa como um conjunto constituído pela máquina e suas manifestações e reações, pela performance exigida dentro da situação de trabalho estudada e pelos procedimentos prescritos, completados pelos conhecimentos necessários.

A Análise da Atividade tem como objetivo a análise das exigências e condições reais da atividade e das funções efetivamente utilizadas pelos trabalhadores na realização das suas tarefas (LAVILLE, 1977), permitindo a interrogação com substância da demanda inicial. Refere-se a

validação das descrições e informações que foram coletadas e que compõe as representações sobre o trabalho. É o que o funcionário de fato realiza para executar uma tarefa. É análise do comportamento do homem no trabalho. Exigências cognitivas no decorrer das atividades. O funcionário executa a tarefa como foi prescrita ou se o modo de realizar é peculiar a pessoa que a executa.

Segundo Abrahão (1993), a análise da atividade é a atividade de trabalho como o trabalho é efetivamente realizado pelo indivíduo, a forma pela qual ele consegue desempenhar suas tarefas. Resulta das definições impostas pela empresa em relação à sua tarefa e das características pessoais, da experiência e do treinamento do trabalhador. Para Montmollin (1990), a atividade é o que se faz realmente, enquanto que a tarefa indica o que deve ser feito. A atividade representa uma resposta às condicionantes determinadas exteriormente ao operador, simultaneamente suscetível de transformá-las. Segundo Abrahão (1993) é através da análise da atividade que a Ergonomia busca determinar os componentes físicos, cognitivos e psíquicos da carga de trabalho e sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e a produtividade. Portanto, a dimensão física relaciona-se aos gestos, às posturas e aos deslocamentos do trabalhador necessários à execução da tarefa.

Para Montmollin (1990), a atividade é o que se faz realmente, enquanto que a tarefa indica o que deve ser feito. É através da análise da atividade que a Ergonomia busca determinar os componentes físicos,

cognitivos e psíquicos da carga de trabalho e sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e a produtividade (ABRAHÃO, 1993).

2.6 CONCLUSÕES

O fato das famílias não conseguirem conciliar sua rotina de vida com a permanência de seus idosos em seus lares, faz com que muitas famílias prefiram mantê-los em clínicas geriátricas. A lógica parece ser que numa instituição geriátrica o idoso receberá mais atenção e terá mais atividades para fazer por estar entre pessoas da sua idade e sob os cuidados de pessoas treinadas e qualificadas para cuidar dessas pessoas. Contudo, existem as famílias que por questões sócio-econômicas tem de internar seus idosos em instituições de geriátricas.

Infelizmente o número de Instituições geriátricas não cresceu na mesma proporcionalidade que o número de idosos no Brasil e somado a isto está a precariedade das condições de funcionamento dessas instituições. Uma precariedade não apenas sob o ponto de vista de infra-estrutura, mas também de recursos humanos, já que muitas vezes estão fazendo a função de profissionais da enfermagem e/ou de cuidador de pessoas sem um mínimo de preparo.

Contudo, assim como esses locais são ambientes destinados a pessoas fragilizadas que necessitam de cuidados especiais esses locais devem oferecer condições de trabalho seguras e com conforto para os profissionais. A garantia de condições adequadas de trabalho além de prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais proporcionam satisfação aos profissionais.

O imperativo de levar os conhecimentos da Ergonomia para o ambiente das Instituições Geriátricas justifica-se pela necessidade de adaptar o trabalhador ao trabalho e com isso propiciar um melhor rendimento do esforço humano, o que acaba repercutindo positivamente não apenas no trabalhador como no seu cuidar em toda sua complexidade e com os profissionais da enfermagem não é diferente.

CAPITULO III - DIAGNÓSTICO ERGONÔMICO

O capítulo III consiste no diagnóstico ergonômico realizado no presente estudo. Neste capítulo são apresentados: a origem da demanda; a caracterização do local do estudo; dados específicos a respeito do local de estudo; dados sobre o posto de trabalho; dados sobre a população envolvida no estudo; dados organizacionais; a análise da tarefa; a descrição das exigências do trabalho; dados gerais dos trabalhadores; medidas antropométricas; e a análise da atividade.

3.1. ORIGEM DA DEMANDA

Em visitas freqüentes à Casa Geriátrica de Assistência aos idosos, na cidade e Brusque, estado de Santa Catarina, verificou-se que alguns aspectos referentes às condições de trabalho pareciam inadequados o que apontava para a necessidade de um estudo ergonômico.

A primeira visita a casa de geriátrica consistiu na formalização da realização do estudo e numa conversa informal com os diretores, com os auxiliares de enfermagem e com os cuidadores de maneira, para apresentar a proposta de trabalho em seus aspectos técnicos (coleta de dados e informações) bem como esclarecer os aspectos éticos com que se pretendia realizar o trabalho. A partir desse diálogo e da observação do fluxo de atividades verificou-se que o problema, aparentemente mais grave, está no deslocamento dos idosos para o refeitório (ambiente também utilizado como uma sala de descanso e de televisão), dos quartos para o refeitório, para salas e para os banheiros. Em visitas posteriores foi possível detectar problemas de fluxo no refeitório que é local obrigatório de passagem das cadeiras de rodas que acabam esbarrando em móveis como mesa. O fluxo congestionado além de ocasionar perda de tempo na realização das atividades gera desgaste e ansiedade nos empregados durante a realização das atividades já que na maioria das vezes existem idosos aguardando para receber atendimento individual.

Após uma maior interação com o problema e a partir de coleta de informações e observações elementares, identificou-se como demanda

explícita a realização de uma Análise Ergonômica do Trabalho e como demanda implícita a melhoria das condições de trabalho, físicas e organizacionais, dos empregados (auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos) que lidam constantemente com os pacientes internos (idosos) da Casa Geriátrica de Repouso no setor de atendimento aos idosos. A população envolvida no posto de trabalho analisado é essencialmente feminina, adulta, com baixo poder aquisitivo e a maioria com baixo grau de escolaridade, com algumas exceções.

Portanto, o estudo a ser realizado como pesquisa de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, caracteriza como uma demanda real.

3.1.1. Hipóteses Formuladas a partir da Demanda

As hipóteses formuladas a partir da demanda são que:

- Os funcionários (auxiliares de enfermagem e cuidadores) sofrem desgaste psicológico e físico ao conduzir os idosos, nas cadeiras de roda, pelos vários espaços da casa Geriátrica de Repouso;
- As posturas inadequadas na realização das tarefas, como, por exemplo, manuseio e remoção dos idosos na cama, provocam dores lombares;
- O trabalho realizado é estressante; e
- **O trabalhador não se sente valorizado.**

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A Casa de Assistência (Clínica Geriátrica) Flope e a Casa Geriátrica de Repouso, é uma Instituição privada, composta de duas unidades, onde uma das suas unidades a Casa de Assistência é o foco deste trabalho, se localiza no estado de Santa Catarina, mas mantém convênio com algumas Prefeituras de cidades vizinhas. A Casa assume como função dar assistência a idosos saudáveis e cuidados especiais a idosos enfermos, como por exemplo, com estresse e outras doenças.

A referida Casa de Assistência (Clínica geriátrica) possui 17 leitos, possui atualmente 17 pacientes, de ambos os sexos, sendo que desses 11 são pacientes do sexo feminino e 6 são pacientes do sexo masculino. Do total de pacientes 12 apresentam dificuldades de locomoção, e desses alguns estão acamados ou precisam de cadeiras de rodas para se deslocar. Com horário de funcionamento de 24 horas por dia e com turnos de trabalho, a casa conta com uma equipe constituída por:

- 1 diretor administrador operacional;
- 1 diretor administrador técnico (técnico de enfermagem);
- 1 enfermeira padrão, que permanece um período curto na clínica no turno da manhã;
- 7 funcionários (2 auxiliares de enfermagem e 5 cuidadores dos idosos), sendo que 2 funcionários no turno noturno e 5 funcionários no turno diário.
- 1 nutricionista que realiza visitas periódicas a Casa de Assistência Geriátrica;
- 1 médico (visitas aos pacientes todos os dias);
- 1 fisioterapeuta que atua no turno de manhã;
- 2 cozinheiras;
- 1 faxineira; e
- 1 lavadeira.

Os funcionários que trabalham no período da manhã e da tarde cumprem uma carga horária de 30 horas/semanais e os que atuam no período da noite, 30 horas/semanais, com dois turnos um que compreende o horário das 6:30 – 17:00, em dias alternados e o horário de 17:00 - 6:30, em noites alternadas. A Casa de Assistência apresenta várias instalações como suporte para o atendimento dos pacientes ali internados, os quais serão descritos posteriormente.

O organograma da Casa pode ser visto na Figura 1. Como mostra a figura a casa de repouso apresenta uma estrutura hierárquica verticalizada. O posto de trabalho a ser analisado é dos funcionários que ocupam a função de

cuidadores dos idosos e os auxiliares de enfermagem. Os alimentos são preparados na outra unidade da Instituição, a Casa Geriátrica de Repouso e enviados para a Instituição em estudo, sendo assim o nutricionista não permanece na Casa de Assistência.

Segundo o proprietário da Instituição a missão da mesma é: “Promover bem estar aos idosos, servi-los como desejam a si próprios, ou seja, dar qualidade de vida aos idosos em primeiro lugar”.

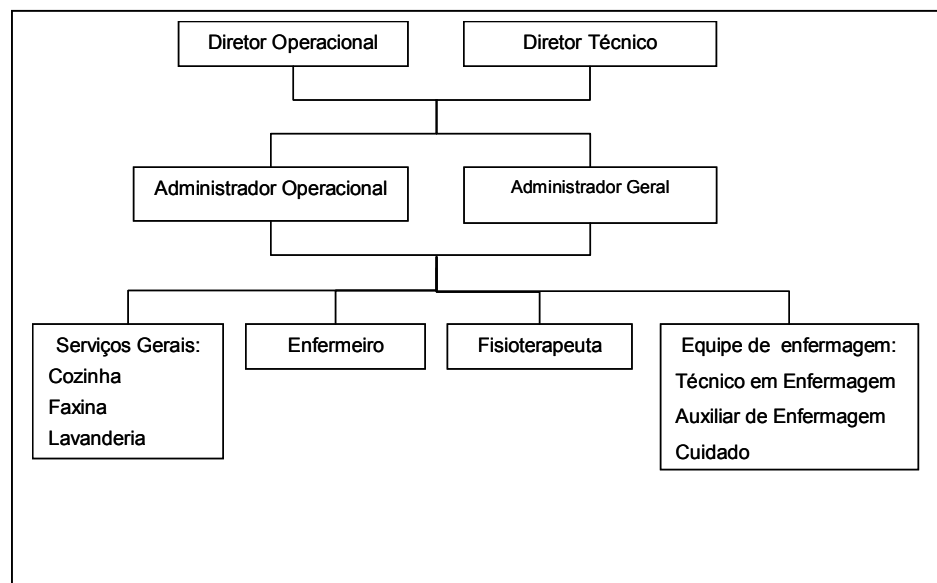


Figura 1 – Organograma da Casa Geriátrica de Assistência.

3.3. DADOS SOBRE O LOCAL DE ESTUDO

Estruturalmente falando, o local de estudo é uma casa de alvenaria, com dois pisos, tem saída pela porta dos fundos através de uma rampa de acesso. A disposição dos cômodos bem como o fluxo das principais atividades estão demonstrados na Figura 2. A casa contém uma sala principal, onde está localizado o refeitório e a sala de Televisão (TV), 3 quartos e 3 banheiros. Esta sala tem acesso a um pequeno corredor, para um quarto e para a cozinha, para o corredor dos quartos e banheiros, já a sala de descanso tem acesso ao escritório e a saída dos fundos. Sendo que o refeitório e a sala de TV servem de passagem para o trânsito de cadeiras de rodas dos idosos para a parte dos

fundos da Casa, onde se localiza o hall (área de descanso e refeição para os idosos) contendo algumas cadeiras e poltronas e mesa de refeição.

Entre os móveis que compõem a sala principal estão uma mesa e cadeiras para as refeições, um balcão de apoio para suporte dos remédios e alimentos, cadeiras estilo poltronas e uma mesa com a televisão. Os quartos possuem camas, armários e bidês. Os banheiros possuem lavabos, sanitários e Box onde estão localizados os chuveiros.

No que diz respeito a atividades executadas, analisar-se-á as atividades realizadas pelos auxiliares de enfermagem e pelos cuidadores que atuam diretamente com os pacientes. Como exemplo de atividade tem-se o auxílio na locomoção dos idosos, no banho, na alimentação, na troca de roupa etc.

3.4. DADOS SOBRE A POPULAÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

A população envolvida neste estudo compreende: de 06 funcionárias, sendo 01 administradora operacional geral, 02 técnicas em auxiliar de enfermagem e 03 cuidadoras de idosos. Essa população é do sexo feminino, adulta, com baixo poder aquisitivo e nível de escolaridade que varia do primeiro grau ao segundo grau completo.

3.5. DADOS SOBRE O POSTO DE TRABALHO

Entre as principais tarefas desenvolvidas no posto de trabalho do auxiliar de enfermagem e cuidadores estão o deslocamento dos idosos das camas, através de cadeiras de rodas, para o refeitório, para os banheiros e para as salas de descanso, bem como auxiliar no processo de alimentação e de higienização dos idosos, e ministrar os medicamentos (Figura 6).

3.6 DADOS ORGANIZACIONAIS

- **Estrutura hierárquica:** mista (rígida e flexível). Os empregados têm poder de decisão no seu dia-a-dia, assim como cumprem as ordens dos superiores, como no caso dos remédios.
- **Regime de trabalho:** 30 horas semanais.

- **Horários de trabalho:** de segunda-feira a sábado das 7:00h às 17:00h alternando um dia de trabalho e um de descanso. Algumas das funcionárias têm a opção de trabalharem todos os dias com uma jornada diária de trabalho de 5 horas.

- **Horários de pausas:** das 12h as 12:30h para almoço. As funcionárias responderam ter apenas 30 minutos para o almoço, sendo que os lanche são feitos entre uma atividade de trabalho e outra, quando se tem tempo, pois o trabalho existe uma constante observação com relação aos pacientes idosos (quando sentados em cadeiras comuns acabam dormindo e podem vir a cair das mesmas, assim como em outras situações). A jornada de trabalho torna-se contínua.

3.7. ANÁLISE DA TAREFA

Segundo KATZ & KAHN (1999), as organizações operam em atividades padronizadas através de um número de indivíduos. Sendo essas atividades muitas vezes padronizadas, complementares ou interdependentes em relação a algum produto ou resultado comum, elas são repetidas, relativamente duradouras e ligadas em espaço e tempo.

Em síntese a análise da tarefa consiste em analisar as condições dentro das quais o empregado (auxiliar de enfermagem e cuidador) desenvolve suas atividades.

3.7.1 Descrição do Sistema Homem-Tarefa

O objetivo do sistema homem-tarefa é o atendimento das necessidades dos idosos. Os auxiliares de enfermagem e os cuidadores dos idosos têm tarefas muito semelhantes na Casa de Repouso. Entre suas principais tarefas destaca-se:

- Auxiliar os na realização de atividades da vida diária como acordar auxiliá-los a se trocar, dar banho, trocar de roupa, fazer sua higiene pessoal, fazer as refeições etc;

- Auxiliar no deslocamento entre os vários ambientes da Casa Geriátrica, como por exemplo, do quarto para o banheiro, para a sala principal para fazer as refeições e assistir televisão, para tomar banho de sol na varanda
- Realizar cuidados clínicos como ministrar medicamentos e vitaminas, verificar temperatura, colocar sondas, soro etc.

Essas tarefas são repetidas, independentes do turno de trabalho. Desta forma, o trabalhador realiza todas as atividades para satisfazer as necessidades humanas básicas dos idosos. Conforme as entrevistas, todos os cuidadores trabalham segundo as prioridades de atendimento que surgem no setor.

3.7.2. Dados do Ambiente de Trabalho

O homem passa grande parte de seu tempo no ambiente de trabalho, sendo assim as repercussões positivas ou negativas geradas nesse ambiente acabam sendo estendidas para outros contextos da sua vida. Em fase disso um dos objetivos da Ergonomia é identificar e eliminar as fontes geradoras de tensão que interferem na execução das atividades desenvolvidas pelo trabalhador e impactam de forma negativa no seu dia-a-dia.

3.7.2.1. Ambiente Arquitetônico

O ambiente arquitetônico interfere no conforto e eficiência do trabalho quando impede que o trabalhador realize atividades como, se deslocar, movimentar e levantar cargas, com segurança e destreza necessárias para o êxito da mesma.

A análise da estrutura física do setor em estudo foi realizada a partir de observação direta, análise do fluxo das atividades e layout da Casa de Assistência através da planta arquitetônica da mesma como pode ser observado na Figura 2, e ainda segundo entrevistas (Anexo 01) com os cuidadores e auxiliares de enfermagem que trabalham no setor analisado. A coleta de dados referentes ao ambiente arquitetônico foi complementada com a realização de algumas medições consideradas relevantes para uma melhor análise do ambiente.

A Casa de Assistência é uma construção de alvenaria, pintada, em boas condições com de uso. Os ambientes são amplos, de grandes dimensões, contendo uma porta principal de entrada. A porta principal dá acesso a uma das salas de visitas e a varanda de entrada, que contém: degraus de nível baixo; uma porta de correr que dá acesso lateral a área de banho de sol dos idosos; uma porta de saída com uma rampa de acesso a parte de trás da casa, ambas as portas são de tamanho padrão e modelo comum, abre e fecha de madeira; grandes janelões de vidro e janelas de madeira com veneziana.

O setor de estudo contém as seguintes instalações no setor de estudo:

- 01 Refeitório – refeitório com sala de TV conjugada sem divisão entre os mesmos. O espaço destina-se às refeições, bem como o espaço social. Existe uma grande janela envidraçada sem cortinas permitindo o acesso de boa quantidade de luminosidade, o que facilita o desempenho das atividades do auxiliar de enfermagem e do cuidador de idosos, quando estes alimentam ou a medicam os pacientes. O ambiente possui uma grande mesa, em forma de “U”, com cadeiras e um balcão que serve de apoio para os alimentos e para os medicamentos. O balcão está representado na Figura 2 e 3. O que se deve destacar é que, a localização da mesa no ambiente dificulta a passagem das cadeiras de rodas, já que entre a mesa e a parede resta uma passagem de apenas 0,80m de largura como mostra as Figura 2 e 3. Como esta passagem é a única que dá acesso a parte externa da Casa de Repouso, via porta dos fundos e rampa acaba ocorrendo um congestionamento e tumulto na passagem entre funcionários, cadeiras de rodas e idosos que conseguem caminhar.
- 01 Sala de televisão (TV) – a sala de televisão possui portas de acesso ao corredor em direção aos quartos e aos banheiros com largura de 1,08m e para a sala de descanso com largura de 1,48m. A sala possui também duas poltronas de um lugar, uma de dois lugares e uma de três lugares e uma mesa como suporte da televisão. As dimensões da sala, assim como seu leiaute, os móveis e os utensílios está representada na Figura 2 e 3. Quanto à disposição das mobílias esta está adequada ao ambiente;

- 01 Corredor – em forma de “L” o corredor dá acesso aos quartos e a um banheiro, contendo em suas laterais barras de apoio (corrimão), sendo que uma parte deste corredor contém corrimão apenas em um dos lados, a outra parte do corredor possui corrimão em ambos os lados e um armário num lado de um dos corredores onde são armazenadas as fraldas. O corredor está representado na Figura 2, e em maiores detalhes na Figura 4;
- 01 Quarto (ver quarto 2) – o quarto contém dois roupeiros e seis camas com apoio lateral de madeira, sem sistema de alavancagem. Ao lado das camas encontram-se bidês, entre as cinco camas dispostas lado a lado, têm-se um espaço de largura 0,51m e uma cama na disposição lateral com espaço entre as outras, tendo a largura de 1,09m como mostra a Figura 4;
- 01 Quarto (ver quarto 3) - com um roupeiro e com três camas com apoio de madeira, sem sistema de alavancagem, igualmente com bidês laterais, tendo como espaço entre as camas a largura de 0,62m como mostra a Figura 5;
- 01 Quarto (ver quarto 4) - com um roupeiro e seis camas com apoio de madeira, sem sistema de alavancagem, com bidês laterais. Três das camas estão dispostas lado a lado, com espaço entre ambas de largura 0,77m, duas camas com espaço entre ambas com largura de 0,82m, contendo o espaço entre camas em disposição lateral com a frontal, uma contém um espaço de largura 0,82m e a outra 0,45m, como mostra a Figura 5; Em ambos os quartos a distância entre a parede e a cama é de 0,50m;
- 01 Banheiro – banheiro com balcão, pia e bacio sanitário (ver banheiro 5, representados na Figura 4 e 5). O bacio sanitário tem a frente uma barra de apoio com altura de 1,07m e uma distância da parede de 0,05m, comprimento 0,70. O banheiro possui Box, e dentro do Box existe um chuveiro contendo barra de apoio com altura 1,013m, comprimento 0,80m, o espaço entre a pia e o vaso sanitário é de 0,80m. Os detalhes desse ambiente podem ser observados na Figura 5.
- 02 banheiros – que estão localizados nos quartos (ver banheiro 6 e 7), representados na Figura 2, 4 e 5), contém ambos balcão e pia, bacio sanitário

tendo a frente uma barra de apoio na altura de 1,07m, com distância da parede de 0,05m e comprimento de 0,70m. Os banheiros possuem box com um chuveiro contendo barra de apoio com altura 1,013m e comprimento 0,70m, que estão representados na Figura 4 e na Figura 5.

- Piso - os banheiros possuem piso do tipo azulejo, sendo que nos quartos, refeitório e sala de TV, e demais salas da casa, o piso é antiderrapante, do tipo “massa corrida” e mostrou-se sempre limpo nas visitas.
- Portas - as portas dos banheiros possuem largura de 0,79 m, a porta de acesso interno à sala de TV que dá para o corredor tem uma largura de 1,08m, a que dá acesso para as salas de descanso uma largura de 1,48m, e a de saída do refeitório para a área externa uma largura de 0,80m.
- Rampa – a rampa situa-se na porta de saída do refeitório para a área externa, possui largura de 1,06m e inclinação de 0,8m (inclinação: 0,75 %).

3.7.2.2. Ambiente Luminoso

A Casa Geriátrica de Repouso possui boa iluminação natural, por contar com uma grande quantidade de janelas envidraçadas e iluminação artificial realizada através de luz fluorescente. Os pontos de luz são bem localizados. Esta situação foi respondida pelas funcionárias no questionário aplicado, sendo que nunca foi feito medições no ambiente.

3.7.2.3. Ambiente Sonoro

A Casa Geriátrica de Repouso está localizada na zona urbana, sendo um pouco afetada com o barulho dos carros que passam na rua. Esta situação foi respondida pelas funcionárias no questionário aplicado, sendo que nunca foi feito medições no ambiente.

3.7.2.4. Ambiente Térmico e Ventilação

A Casa de Assistência possui ventilação natural decorrente das grandes janelas, e ventilação artificial gerada por ventiladores instalados no teto. No verão as funcionárias responderão que a temperatura é alta, torna-se quente, mas com o auxílio da ventilação natural e artificial torna-se agradável. No

inverno, a temperatura baixa, mas o sol aquece bem o ambiente amenizando o frio. Esta situação foi respondida pelas funcionárias no questionário aplicado, sendo que nunca foi feito medições no ambiente.

3.7.3 Materiais e Equipamentos

Na Casa de Assistência são utilizados vários materiais para a realização dos procedimentos, dentre os equipamentos e materiais utilizados para seu funcionamento foram relacionados:

a) Balcão de apoio - serve de apoio para os alimentos e remédios, com altura 0,98m, comprimento 3,62m e largura 0,59m, sendo este muito utilizado pelas funcionárias. A disposição do mesmo na sala, como referido anteriormente pode vista nas Figuras 2 e 3.

b) Banquetas - servem como utensílios de apoio para os auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos quando alimentam os idosos sentados nas poltronas. As banquetas têm como medidas altura de 0,38m e assento com diâmetro 0,3m, como pode ser visto nas Figuras 2 e 6.

c) Barras de apoio - nos banheiros avaliados (banheiros 5,6 e 7 ver figura 2) as barras de apoio têm comprimento de 0,90m e estão localizadas nas seguintes posições: uma em frente ao vaso sanitário numa distância de 0,90m, com altura 1,07m, distante da parede de 0,05m e a outra ao lado do chuveiro numa altura de 1,11m e distante da parede 0,05m, sendo que a as barras de apoio (corrimão) dos corredores tem altura 0,80m e estão a uma distância da parede de 0,05m, como mostram as Figuras 2, 4 e 5.

d) Cadeiras comuns - os idosos permanecem sentados, durante um longo período de tempo, por o dia nestas cadeiras. As cadeiras têm como medidas: altura do encosto de 0,63m, profundidade do assento de 0,37m, largura do assento de 0,41m e altura do assento até o chão de 0,43m. Essas dimensões podem ser verificadas nas Figuras 2 e 6.

e) Cadeira de rodas - as cadeiras de roda existentes na Casa Geriátrica de Repouso são padrão. Existem dois tipos de cadeira uma especial utilizada para o deslocamento dos idosos, mas que também é utilizada para as necessidades

higiênicas (banho, bacio) dos idosos haja vista a possibilidade de adaptação do assento. A cadeira de rodas padrão tem como medidas – uma altura do encosto de 0,43m, largura do assento de 0,45m, profundidade de 0,43m e altura do assento ao chão de 0,54m, sendo que esta serve de descanso e deslocamento. Já a cadeira de rodas para banho serve de deslocamento dos idosos para os banheiros, utilizada tanto para dar banho nos idosos como para auxiliá-los na suas necessidades fisiológicas, suas medidas são de: largura assento de 0,45m, altura do encosto de 0,45m, altura do assento ao chão de 0,52m e com profundidade de 0,45m.

f) Camas - no quarto representado na figura 2 com o número 2, as camas possuem as mesmas dimensões, largura 0,70m, comprimento 1,7m e altura 0,50m (ver Figura 2,4 e 6), as dos quartos representados na figura 2 com os números 3 e 4, as camas possuem largura 0,77m, comprimento 1,66m e altura 0,55m (ver Figura 2,5 e 6).

g) Colchões - os colchões das camas são ortopédicos, forrados com plásticos grossos.

h) Mesa – as mesas possuem as seguintes medidas: altura de 0,80m, comprimento horizontal de 3,17m, comprimento vertical de 1,70m, largura de 0,65m, como está detalhado nas Figuras 2,3 e 7.

i) Poltronas – as poltronas são móveis muito utilizados pelos idosos em função da pouca mobilidade de alguns. As poltronas de um lugar têm altura de 0,43m, profundidade de 0,61m e largura de 0,58m. Já as poltronas de dois lugares têm largura de 0,83m e a de três lugares tem largura de 1,4m, ambas com a mesma profundidade e altura da poltrona de um lugar. Todas essas dimensões também podem ser visualizadas nas Figuras 2 e 6.

3.7.4 Normas e Rotinas

Conforme entrevista com o diretor técnico e com a administradora operacional, as rotinas são definidas verbalmente por eles e são seguidas por todos os funcionários (auxiliares de enfermagem e cuidadoras) sendo inspecionadas e

instruídas pela enfermeira padrão, segundo repasse de orientações também pela administradora operacional que segue as normas prescritas.

3.7.4.1. Admissão do cuidador

- a) Seleção dos funcionários** - é realizada pelos proprietários da Casa de Assistência com auxílio da administradora técnica. Inicialmente é realizada uma pré-seleção por meio de entrevista prévia com o proprietário. Feito isso, a pessoa é admitida para um dia de experiência, onde são observadas sua destreza, capacidade de aprendizado etc. Somente após essa etapa é feito o registro do funcionário em Carteira de Trabalho.
- b) Treinamento** - não é realizado treinamento admissional com os trabalhadores. As informações técnicas são fornecidas pela enfermeira padrão e pela administradora operacional à medida que surgem dúvidas no desenvolvimento das atividades no dia-a-dia.

3.8 DESCRIÇÃO DAS EXIGÊNCIAS DO TRABALHO

Os cuidador e os auxiliares de enfermagem da Casa Geriátrica de Repouso devem ser capazes de atender o idoso com competência técnica, rapidez, paciência e atenção. Para tanto, devem atender a algumas exigências técnicas e habilidades mínimas para desempenhar tal atividade. Em muitos casos essas habilidades advêm da sua experiência anterior. Esta afirmação vem de encontro com Richard (1990), quando relata que os conhecimentos anteriores facilitam a aprendizagem pela melhor representação da situação.

3.8.1 Exigências físicas:

Umas das principais funções dos funcionários dos auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos é auxiliar os idosos na sua deambulação. As principais atividades de deslocamentos feitos dentro da clínica são: auxiliá-lo a levantar-se, deslocando-o da cama para a cadeira de rodas, do sofá para a cadeira rodas, do bacio para a cadeira de rodas e vice versa. Essas atividades diárias muitas vezes impõem posturas inadequadas ao empregados devido às

dimensões e disposições de móveis e/ou equipamentos que dificultam o fluxo de pessoas, mas também devido a própria dificuldade dos idosos de auxiliarem os profissionais nessa manobra.

3.8.2 Exigências mentais

Quanto às exigências mentais como a de ministrar medicamentos e auxiliar na alimentação essas extrapolam a preocupação dos funcionários que lidam com os idosos.

3.9. DADOS GERAIS DOS TRABALHADORES

Foi realizada uma entrevista com os 06 funcionários, auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos que trabalham no turno diurno. O roteiro do questionário encontra-se no Anexo 01. Os principais resultados obtidos são apresentados nas tabelas a seguir.

A tabela 1 informa que a média de idade das pessoas entrevistadas é de 39,5 anos. 100% da população é do sexo feminino, 33,3% são casadas, 33,3% é solteira e 33,3% é separada. O nível de escolaridade da amostra é relativamente baixo, 66,6% das pessoas possuem o primeiro grau incompleto.

Tabela 1: Perfil dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa Geriátrica de Repouso e fazem o turno diário

Perfil do auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos	
Função	Auxiliar de enfermagem e cuidador de idosos
Idade	39,5 anos (média)
Sexo	100% feminino
Estado civil	33,3% casada 33,3% solteira 33,3% separada
Filhos	83,3% não, 16,6% sim
Idade dos filhos	Varia entre 03 e 37 anos
Escolaridade	16,6% primeiro grau completo 16,6% segundo grau completo 66,6% primeiro grau incompleto

Fonte: Questionário aplicado em 2004.

A tabela 2 trás os indicadores gerais de saúde. Os principais resultados encontrados foram que: 100% da população analisada não possui exame admissional e 66,6% não realiza exames periódicos; 50% da amostra referiu doenças como sinusite, depressão e bursite; 66,6% referiu dependência química; 66,6% não pratica atividade física; 83,3% não realiza atividades de lazer e 100% refere cansaço físico intenso e mental moderado.

Tabela 2: Indicadores Gerais da Saúde dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência e fazem o turno diário

Dados médicos referentes a equipe de profissionais que cuida dos idosos	
Exame médico admissional	100% não possui
Exames periódicos	66,6% não 33,3 sim
Problemas de visão	66,6 % não 33% sim
Doença	50% não 50% sim – sinusite, depressão, bursite
Serviço médico da empresa	100% não
Doença ocupacional ou acidente de trabalho	100% não
Tabagismo	100% não
Dependência química	66,6% não 33,3% sim, a medicamentos
Atividade física	66,6% não 33,3% sim, caminhada
Lazer	83,3% não 16,6% sim, caminhada
Cansaço	100% físico intenso 100% mental moderado

Fonte: Questionário aplicado em 2004.

Já a tabela 3 contém a descrição das atividades realizadas pela equipe de profissionais que cuidam dos idosos. Entre os principais resultados destaca-se que apenas 50% dos profissionais cuidavam de idosos antes de atuarem na Casa de Assistência dado que chama a atenção quando associado ao fato dos cuidadores não receberem treinamento específico quando iniciam suas atividades na Casa.

Tabela 3: descrição da atividade dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência e fazem o turno diário.

Descrição das atividades realizadas pela equipe de profissionais que cuida dos idosos	
Função	Cuidador dos Idosos e Auxiliar de enfermagem
Tempo na função	Máximo 4 anos Mínimo de 2 meses
Função anterior	16,6% diarista, 16,6% confeccionista, 16,6% auxiliar de cozinha, 50% cuidava de idosos
Atividades externas	100% não
Esforço em atividade externa	Não possuem atividade externa
Horário de trabalho	50% trabalham no horário das 07:00h às 17:00h 50% trabalham no horário das 7:00h às 17:00h, 7:00h às 12:00h
Pausas no trabalho	12:00h às 12:30
Treinamento	100% não
Esforço físico na atividade	100% intenso
Esforço mental na atividade	100% leve

Fonte: Questionário aplicado em 2004.

Obs.: Destaca-se que 16,7% dos funcionários se deslocarem de bicicleta e 16,7% a pé.

3.10 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

A tabela 4 traz as medidas antropométricas obtidas a partir das medições realizadas junto aos profissionais que cuidam dos idosos da Casa Geriátrica objeto de estudo.

Tabela 4: conjunto de medida Antropométricas obtida dos auxiliares de enfermagem e cuidadores dos idosos que trabalham na Casa de Assistência e fazem o turno diário

Conjunto de medidas antropométricas obtidas a partir das medições										
	01	02	03	04	05	06	media	Vmin	Vmax	Desvio padrão
Idade	41	51	19	58	32	36	39,5	19	58	
Sexo	F	F	F	F	F	F				
Massa corporal	63	59	65	66	71	82	54	59	82	8,04

Altura em pé	168	156	162	160	160	163	161,5	156	168	3,98
Ombro-chão	144	133	138	128	133	138	135,6	128	144	5,53
Cotovelo-chão	112	107	100	100	106	110	105,8	100	112	4,99
Cotovelo-boca	80	75	75	74	75	80	76,5	74	80	2,73
Paciente cama										

Fonte: Levantamento antropométrico realizado em 2004.

Nota: A massa corporal esta expressa em kg e as medidas em cm.

3.11 ANÁLISE DA ATIVIDADE

A análise da atividade caracteriza-se por conter a análise dos comportamentos dos profissionais no trabalho. Para a presente análise foram utilizados questionários e entrevistas buscando avaliar a satisfação dos mesmos, sua opinião quanto ao posto de trabalho, suas inter-relações, etc. Além desses aspectos foram analisados os componentes materiais, organizacionais e ambientais, e aplicado um *checklist* para obter informações a respeito do sistema locomotor dos cuidadores de enfermagem.

3.11.1 Resultados da aplicação do questionário

Foi aplicado um questionário junto aos funcionários, cujo modelo esta no Anexo 01, no intuito de levantar informações gerais a respeito da população investigada.

3.11.2. Procedimento de Trabalho

A administradora operacional chega a Clínica às 06:30, prepara o café e os medicamentos, até que a cozinheira chegue. As demais funcionárias chegam as 7:00 h, juntamente com a administradora operacional e começam suas atividades diárias, dirigindo-se aos quartos, preparam o banho dos idosos sua troca de roupas e o café da manhã. O procedimento de trocar a roupa do paciente idoso na cama, levá-lo para o banho, voltar ao quarto troca-lo e leva-lo a sala de refeição ou na sala de TV, é sempre realizado por duas funcionárias, que priorizam o atendimento aos pacientes com maior grau de dependência

deixando para atender depois os pacientes menos dependentes. Essas tarefas são repetidas durante todo o turno.

3.11.3 *Checklist* do Sistema Locomotor

Os principais resultados obtidos com a aplicação do *checklist* elaborado para levantar possíveis causas de queixas de dores e desconforto apontadas pelos profissionais que cuidam dos idosos na Casa Geriátrica de Repouso são apresentados na tabela 5 a seguir. Entre os principais resultados encontrados destaca-se que: 83,4% da pessoas referem sentir dores todos os dias, em ambos os lados do ombro, com intensidade média; 83,4% refere sentir dores todos os dias com intensidade média no braço direito; 100% refere sentir dores no dorso, todos os dias, 50% com intensidade média e 50% com intensidade fraca; 100% refere sentir dores na coxa direita, 16,6% todos os dias e com intensidade forte e 83,4% 1 a 2 dias na semana com intensidade fraca; 100% refere sentir dores, 50% de 1 a 2 dias na semana com intensidade média e 50% de 1 a 2 dias na semana com intensidade fraca.

Tabela 5: Resultados do *Checklist* realizado sobre dores e desconforto obtida dos cuidadores dos auxiliares de enfermagem e idosos que trabalham na Casa de Assistência e fazem o turno diário.

<i>Dados de queixas de dor e desconforto</i>	
<i>Parte do Corpo</i>	<i>Dor/Desconforto</i>
Pescoço	83,4% não 16,6% sim, 1 a 2 dias com intensidade fraca
Ombro	16,6 % não 83,4% sim, todos os dias, em ambos os lados, com intensidade média
Costas	100% sim, todos os dias com intensidade média
Braço direito	16,6 % não 83,4% sim, todos os dias com intensidade média
Braço esquerdo	83,4% não 16,6%, 1 a 2 dias, com intensidade fraca.
Dorso	100% todos os dias, 50% com intensidade média e 50% com intensidade fraca
Antebraço Ddireito	100% não
Antebraço esquerdo	100% não
Punho e mão direita	66% não 17%, 1a 2 dias, com intensidade média e 17% todos os dias com intensidade forte
Punho e mão	100% não

esquerdo	
Quadril	83,4% não 16,6%, 1 a 2 dias, com intensidade fraca
Coxa direita	100% sim, 16,6% todos os dias com intensidade forte e 83,4% 1 a 2 dias com intensidade fraca
Coxa esquerda	100% não
Joelho direito	100% sim, 50% 1 a 2 dias com intensidade média e 50% 1 a 2 dias com intensidade fraca
Joelho esquerdo	100% não
Perna direita	100% não
Perna esquerda	100% não
Tornozelo e pé direito	83,4% não 16,6%, 1 a 2 dias com intensidade média
Tornozelo e pé esquerdo	100% não

Fonte: Questionário Aplicado, 2004.

3.11.4 Pesquisa de Satisfação dos Cuidadores e Auxiliares de Enfermagem

A pesquisa de satisfação com os auxiliares de enfermagem e com os cuidadores foi realizada através da aplicação do questionário (Anexo 01) quando se levantou a satisfação dos mesmos no local onde trabalham e seus relacionamentos internos.

Quanto aos aspectos gerais das condições de trabalho destaca-se que

- 100% das pessoas entrevistadas gostam da sua função, 100% gostam do local de trabalho e consideram as relações com seus colegas e com os superiores boa;
- Não existe local específico e apropriado para descanso;
- Quanto às refeições não existe lugar apropriado, os funcionários fazem suas refeições na mesa destinada aos pacientes, sendo que às vezes permanecem de pé ao alimentarem-se;
- Não existem sanitários próprios para os funcionários, os mesmos utilizam os sanitários destinados aos pacientes;

- Quanto às expectativas das condições de trabalho, os entrevistados destacaram a expectativa de um salário melhor, 16,6% das pessoas acreditam que isso irá acontecer e 83,3% não acreditam;
- A respeito de alguma proposta para melhorar sua condição de trabalho, 100% dos entrevistados não respondeu.

3.11.5 Observações sobre as Atividades realizadas

Nesta etapa são descritas todas as atividades realizadas pelo auxiliar de enfermagem e cuidador de idosos, durante um turno de trabalho, assim como as atividades realizadas durante o dia num turno são iguais as realizadas nos demais turnos a descrição das atividades relatadas a seguir representa um dia de trabalho.

- Forma de transporte: 66,6% dos auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos utilizam-se de ônibus para chegar a Casa Geriátrica, 16,6% de bicicleta e 16,6% a pé;
- Os auxiliares de enfermagem e os cuidadores de idosos chegam na casa de repouso às 7:00 horas da manhã, trocam a roupa e dirigem-se aos quartos dos idosos;
- As atividades são iniciadas com tarefa de acordar o paciente acamado e trocar sua roupa (gasta um tempo de 5 minutos). Os pacientes acamados exigem o auxílio de 2 funcionários (auxiliares de enfermagem ou cuidadores de idosos).
- Os pacientes são colocados na cadeira de rodas e deslocados do quarto representado na figura 2 com o número 2 ao banheiro 5 (gasto de tempo 5 minutos), sendo este tempo similar ao gasto para realizar o deslocamento dos quartos 3 ou 4 ao banheiro representado na figura 2 com o número 5 e 6 (ver fluxo figura 6). Chegando ao banheiro os profissionais dão banho nos idosos, enxugando-os e os conduzindo de volta a cama que já teve sua roupa trocada por outro funcionário que auxiliará a recolocar o idoso na cama. Essa outra atividade leva cerca de 20 minutos para ser realizada.

- Recolocado na cama os dois funcionários colocam roupas limpas no paciente, essa tarefa gasta um tempo aproximado de 15 minutos.
- Um funcionário dá a alimentação e a medicação, para o paciente que está deitado, sendo que este fica sentado numa cadeira a beirada da cama atividade que gasta cerca de 10 minutos. Essa seqüência de atividades é repetida com todos os demais pacientes acamado.
- Antes do almoço é verificados a necessidade de troca de fraldas, com um gasto de tempo de 10 minutos.
- Almoço – antes do almoço, que demora normalmente 10 minutos, os idosos recebem uma vitamina as 10:00 horas da manhã, que é oferecida igualmente as 15:00 horas (tempo gasto 10 minutos). No período da tarde é repetida a troca de fraldas e é dada a janta antes da troca do turno as 17:00 horas.
- No quarto representado na figura 2 com o numero 4, 80% dos pacientes encontram-se em estado mais grave, confinado ao leito, sendo que a atividade de higienização e troca de roupa é feita na própria cama, atividade que gasta cerca de 25 minutos, e é realizada por 2 funcionários que em seguida servem o café da manhã (tempo gasto de cerca de 15 minutos).
- No quarto representado na figura 2 com o numero 2, o idoso é colocado na cadeira de rodas e deslocado ao banheiro representado na figura 2 com o numero 5, o gasto de tempo para realização dessa atividade é de 5 minutos, sendo este tempo aproximado igual ao gasto para fazer o deslocamento dos quartos representado na figura 2 com o numero 3 e 4 ao banheiro representado na figura 1 com os numero 5 e 6. As atividades realizadas junto aos idosos no banheiro 6 são as mesmas realizadas nos outros banheiros, como dar banho e enxugar o paciente (tempo gasto 20 minutos). Enquanto o idoso toma banho outro funcionário troca a roupa de cama e arruma a mesma para receber o idoso depois (tempo gasto de 15 minutos).
- Quando pronto o paciente é levado ao refeitório e à sala de TV, um dos funcionários desloca o paciente da cadeira de rodas para a cadeira do refeitório ou à poltrona da sala de TV (tempo gastos 05 minutos).

- Um dos auxiliares ou cuidadores dá a alimentação e a medicação sentada na banquetta, quando o paciente está na poltrona, ou coloca o prato na mesa e se curva para alimentar o paciente na cadeira comum do refeitório gastando um tempo de cerca de 10 minutos com essa atividade.

- Esta atividade é feita aos outros pacientes que necessitam de ajuda para locomoção assim como para a alimentação. Sendo que durante o turno o cuidador desloca o paciente com a cadeira de rodas para o banheiro, quando este necessita (tempo gasto de 15 minutos).

Observação: o banheiro 7 é o mais utilizado pelos pacientes que conseguem ser locomover e pelos funcionários.

- Quanto aos idosos que tem independência para se deslocar e realizar as atividades da vida diária a principal tarefa dos auxiliares de enfermagem e dos cuidadores é auxiliar no horário de administração dos medicamentos, no descolamento para o ambiente externo da Casa de Assistência e na realização de outras atividades sempre que solicitados pelos idosos.

3.12 CONCLUSÕES

Com base nas informações levantadas com o diagnóstico ergonômico alguns aspectos das condições de trabalho da Casa Geriátrica de Repouso podem ser destacados. Dentre esses aspectos destaca-se o registro de queixas de dores físicas e desconforto por parte dos trabalhadores que permanecem a maior parte do tempo de pé para poder realizar suas atividades de rotina. Aliada às exigências da natureza da tarefa o ambiente de trabalho impõem restrições como problemas de layout, falta de mobiliário adequado, etc que dificultam o exercício das atividades.

Esses fatores somados a falta de treinamento, a sobrecarga de atividades e ao estado constante de atenção exigido pelo idoso faz com que o auxiliar de enfermagem e o cuidador estejam constantemente submetidos a um estado de estresse que reflete no cansaço físico e mental manifesto pelos trabalhadores.

CAPITULO IV

Neste capítulo serão apresentados os aspectos relatados do diagnóstico, ou seja, a análise dos resultados, procurando esclarecer e interpretando os dados obtidos.

4.1 Meio Ambiente

Como já relatado, o ambiente interfere diretamente no trabalho do funcionário.

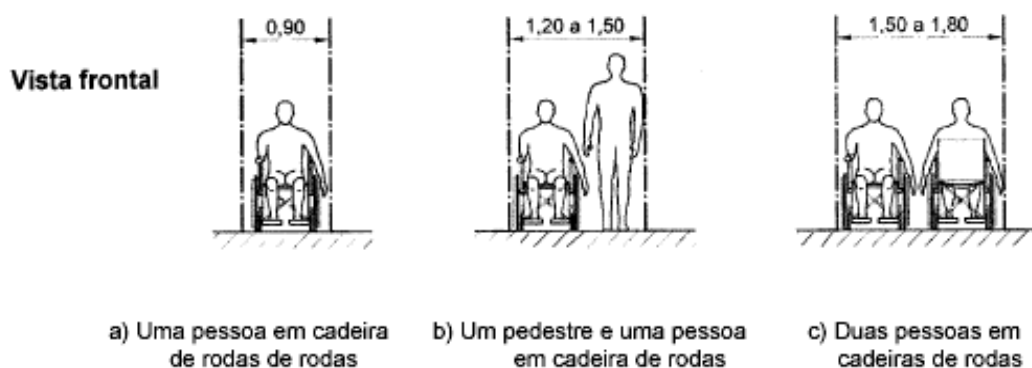
O espaço destinado às refeições, bem como o espaço social comum contendo a TV, permitem o acesso de boa luminosidade assim, portanto não dificultando aos auxiliares de enfermagem e aos cuidadores a atividade de alimentação e a medicação dos pacientes.

4.1.1 Ambiente Arquitetônico

Foi desenvolvida uma análise da estrutura física do setor em estudo. A partir de observação direta, planta arquitetônica do setor de estudo e segundo entrevistas dos funcionários(auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos), desenvolveu-se uma análise da estrutura física. Conforme necessidade foram realizadas algumas medições, levando-se em consideração também a percepção das mesmas.

Foram observadas no setor de estudo:

- No Refeitório, ocorre um congestionamento entre a mesa e a parede da sala da TV, esta passagem contendo apenas 0,80m de vão (ver figura 02 e 03 na planta baixa em anexo), tumultuando a passagem para os pacientes conduzidos pelas cadeiras de roda, funcionários, e os pacientes que conseguem caminhar. As áreas de circulação devem estar livres de barreiras ou obstáculos. A norma NBR9070/2004 prevê que a largura para circulação de uma pessoa e uma cadeira de rodas é de 1,20m. Já a largura para a circulação de duas cadeiras de roda é de 1,50m. Conforme o desenho a seguir.



- Na Sala de televisão (TV), as mobílias estão dispostas de maneira adequada, não interferindo ao acesso das passagens, a norma NBR9050 prevê que o mobiliário deve ser disposto no interior da casa a fim de não impedir o acesso a livre circulação.
- Em relação ao corredor em forma de L, (figura 02 e 05 em planta baixa em anexo), a norma NBR9050/2004 recomenda a largura mínima para passagem de 1 cadeira de rodas sendo de 0,80m, para uma pessoa e uma cadeira de rodas é de 1,20m a 1,50m. Conclui-se que o corredor não apresenta a largura exigida, dificultando a passagem de uma cadeira de rodas e um funcionário ao lado, sendo comum quando estes foram observados, dirigem-se ao corredor para pegarem fraldas e outros materiais de uso diário dos idosos, no armário situado em um dos corredores. Neste caso um dos funcionários tem que interromper seu trabalho, e aguardar permanecendo ocioso enquanto que outro funcionário está deslocando a cadeira de rodas com um idoso. Quanto ao corrimão apenas uma parte do corredor possui ambos os lados, sendo que é prescrito que ambos os lados devem possuir corrimão, os corrimões do corredor possuem a altura com relação ao chão é de 0,80m, distantes da parede 0,05m, neste caso se encontram dentro das normas

que estabelece a PORTARIA Nº 810- de 22 de setembro de 1989, para Instituições Geriátricas.

- Os quartos encontram-se fora das exigências em relação a distância entre as camas, sendo que a distância entre as camas e parede encontram-se dentro da exigência. A PORTARIA Nº 810- de 22 de setembro de 1989, para Instituições Geriátricas recomenda distância mínima entre duas camas paralelas deve ser de 1,00m e de 1,50 entre uma cama outra fronteira, e a distância mínima entre a cama e a parede deve ser de 0,50m. Uma das camas no Quarto, referência 4 (ver planta baixa, figura 5) com a distância de 0,45m dificulta a passagem de cadeira de rodas, sendo que foi observado quando um funcionário conduzia uma pessoas deambulatório até a cama, referente a esta passagem;
- Quanto aos banheiros verifica-se que a distancia entre o vaso sanitário e a pia, assim como parede frontal com relação ao vaso sanitário, encontram-se nas medidas exigidas dentro da norma. A norma NBR9050/2004 para bacia sanitária exige a garantia as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°, conforme figura a seguir:



Em relação as barras de apoio localizadas nos banheiros (vaso sanitário e chuveiro), possuem altura maior do que a exigência da norma NBR 9050/2004, portanto dentro da exigência, as observações em relação as

barras de apoio encontra-se mais detalhado no item materiais e equipamentos.

Todo o ambiente da Casa Geriátrica de Repouso é claro, com paredes brancas, grandes janelas. O piso no banheiro azulejo, nos quartos, refeitório e sala de TV, piso antiderrapante, do tipo “massa corrida” e limpo, não existindo qualquer tipo de tapetes. A limpeza do ambiente feita pelo pessoal da faxina adequadamente. Deve ser evitado o uso de tapetes que bloqueiem as áreas de circulação livre. O piso também deve ser de fácil limpeza. Fonte NBR 9050/2004. O predomínio da cor branca poderá se tornar um pouco cansativo para olhar interferindo ao alimentarem os idosos.

4.1.2 Ambiente Luminoso

O ambiente apresenta boa iluminação, sem problemas para os funcionários. Em relação à iluminação artificial, os corredores e áreas comuns apresentam um nível de iluminação maior, sem ocorrência de brilhos e reflexos, em função do piso. Os pontos de luz são bem localizados. Devido as grandes janelas envidraçadas o ambiente facilita as atividades das funcionárias com relação a luminosidade.

4.1.3 Ambiente Sonoro

Em relação ao nível de ruído foi considerado pelos funcionários médio, em determinados momentos, quando da observação das atividades do cuidador, este representa uma das fontes de ruído, assim como também o barulho dos carros que passam na via pública, pois a Clínica situa-se próxima a rua da zona urbana. As funcionárias responderam que não tem dificuldade em relação ao ruído.

4.1.4 Outros Ambientes

Quanto ao nível de temperatura considera-se médio, é quente no verão e frio no inverno, sendo que no verão, o calor é amenizado devido as grandes

janelas envidraçadas e os ventiladores no teto. As funcionárias consideram a temperatura e a ventilação agradáveis, tanto no inverno, quanto no verão.

Em relação à poeira e odor considera-se médio, as vezes o odor é considerado forte devido aos pacientes serem acamado e já idosos e com relação as vibrações foi considerado fraco, pelas funcionárias.

4.1.5 Ambiente Organizacional

4.1.5.1 Normas e Rotinas

Os funcionários não seguem as normas e rotinas, como o atendimento tem que ser rápido, segundo elas, cada qual faz do seu jeito. Assim o auxiliar de enfermagem e o cuidador de idosos devem tomar inúmeras decisões, tendo uma exigência conitiva, elevando a carga de trabalho, transformando-a em sobrecarga de trabalho. Segundo Estryn-Behar (1996) a responsabilidade na não tomada de decisão parece ser o fator de estresse.

4.2 Material e Equipamento

a) Balcão de apoio- De acordo com as medidas antropométricas levantadas obteve-se como média da altura cotovelo chão a medida de 1,05 m, assim não dificulta a movimentação dos braços do auxiliar de enfermagem e cuidador de idosos. Como se pode ver nas figuras 02 e 03 em anexo.

b) Banqueta – auxilia a funcionária na alimentação aos idosos, assim ajuda a minimizar o esforço feito do braço em relação a boca dos idosos, como também nos casos da alimentação seja liquido , esse processo se torna lento e demorado, Como se pode ver nas figuras 02 e 03 em anexo.

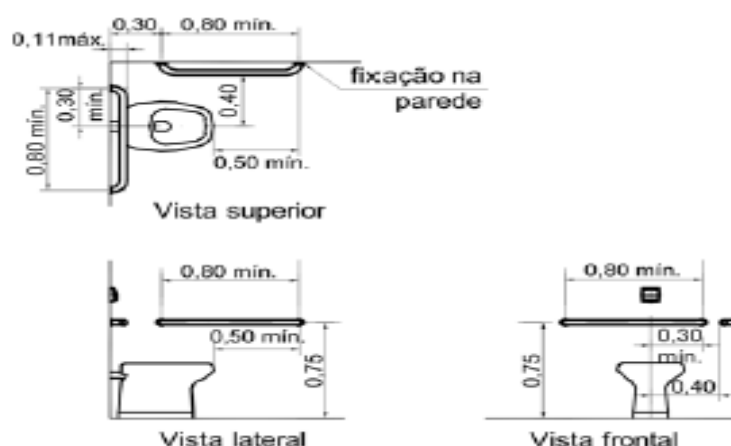
c) Barras de apoio - **A norma NBR 9050/2004 permite que as barras**

utilizadas em sanitários e vestiários devem suportar a resistência a um

esforço mínimo de 1,5 KN em qualquer sentido, ter diâmetro entre 3 cm e

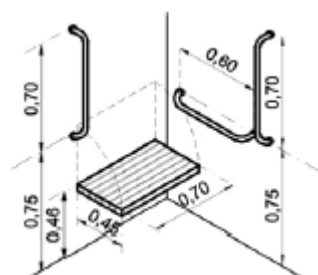
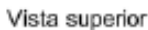
4,5 cm, e estar firmemente fixadas em paredes ou divisórias a uma

distância mínima destas de 4 cm da face interna da barra. Quanto a localização devem estar junto à bacia sanitária, na lateral e no fundo, devem ser colocadas barras horizontais para apoio e transferência, com comprimento mínimo de 0,80 m, a 0,75 m de altura do piso acabado. A distância entre o eixo da bacia e a face da barra lateral ao vaso deve ser de 0,40 m. Quanto as barras exigidas não são encontradas nos lugares citados na norma, encontrando-se apenas uma barra de apoio na frente do vaso sanitário, sendo que a mesma com relação a altura do chão encontra-se nas exigências da norma, mas com distância da barra vaso-parede está fora da exigência, o trabalho das funcionárias é prejudicado, pois, estas barras pode ajudar como apoio ao paciente quando deslocado da cadeira de rodas para o vaso sanitário. Não tendo apoio todo o peso do paciente recai nas funcionárias, sendo que o esforço deverá ser maior prejudicando a saúde do trabalhador. Ver desenho abaixo abaixo:



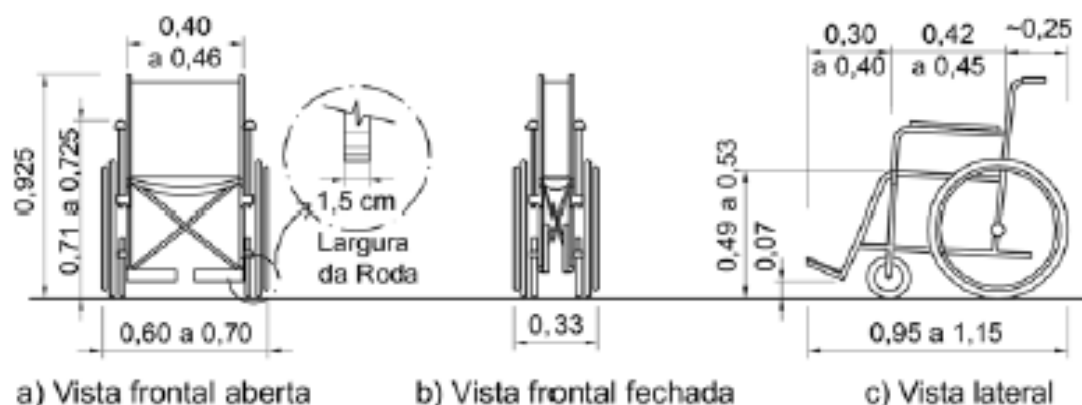
A Norma NBR 9050/2004 exige que: os boxes para chuveiros devem ser providos de barras de apoio verticais, horizontais ou em “L”. Na parede de

na lateral do banco, como também o banco de apoio. Ver desenho abaixo:



esforço no braço.

NBR 9050/2004, podendo ser verificado abaixo:

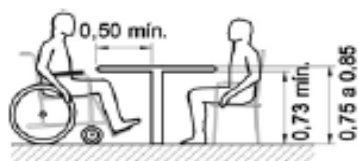


f) Camas - Segundo Panero e Zelnik (1994, p. 152) a largura da cama pode variar de 0,80m a 1,5m. A altura da cama pode variar para idosos que não utilizem cadeira de rodas e para idosos que utilizem a cadeira de rodas, respectivamente de 0,60m a 0,54m do chão. As camas usadas pelos pacientes encontram-se no padrão, com relação as funcionárias torna-se prejudicial, pois ao alimentar o paciente, quando esta sentada na cama a medida média em relação cotovelo –chão é de 76,5m enquanto que maior altura da cama é de 0,55m, a funcionária faz um esforço no braço. Verificando durante a troca de roupa, de fraldas e na feitura da cama, uma inclinação na coluna vertebral, as funcionarias permanecem nesta posição por um tempo prolongado (10 minutos). Isso provoca compressão constante do disco intervertebral. Sendo uma posição viciosa, há um trabalho muscular desequilibrado, que pode provocar desconforto, formigamento e dores, ou seja, manutenção de uma postura por períodos prolongados.

g) Colchões - Os colchões das camas são ortopédicos, forrados com plásticos grossos, facilitando na higiene do mesmo.

h) Mesa – Mesas não devem possuir pés ou travessões que impeçam o acesso a usuário com cadeiras de rodas, deve estar entre 0,75m e 0,85m, assim a altura da mesa está nas exigências da norma NBR 9050/2004. Com relação aos pacientes que precisam ser alimentados pelas funcionarias, pois este serve de apoio para os pratos no momento da alimentação, acaba

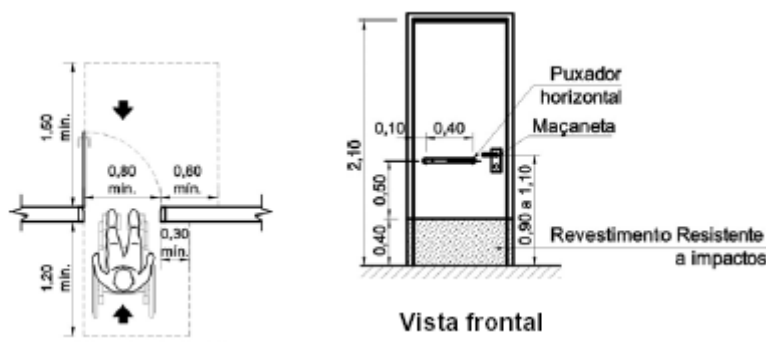
prejudicando-as, pois as mesmas ficam em posição de inclinação em relação ao paciente, sendo prejudicial em relação a coluna vertebral.



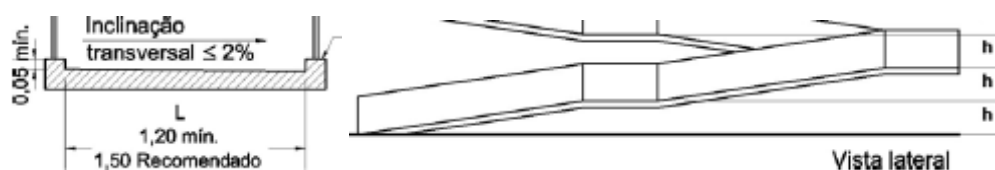
Vista lateral

i) Poltronas - Segundo Pheasant (1990, p. 29) as poltronas e os sofás devem ter altura, para idosos que não utilizam cadeira de rodas, variável de 33,5cm até 46,5cm. Sendo que para os idosos que utilizam a cadeira de rodas a altura de 0,50m a 0,54m compatível a altura do assento da cadeira de rodas. Cadeiras devem possuir apoio para braço. As poltronas estão fora da exigência da norma, comprometendo os idosos, em relação a alimentação ministrada pela funcionária, a medida média do cotovelo boca paciente é de 1,01, o paciente na poltrona sentado tem uma altura chão boca de 0,92m, existindo um esforço novamente em um tempo prolongado.

j) Portas - A medida da porta externa está na recomendação da norma NBR 90/2004, enquanto que as portas dos quartos e banheiros não se encontram, dificultando a passagem das cadeiras de rodas, prejudicando as funcionarias ao conduzirem os pacientes nas cadeiras de rodas, também observou que as portas não possuem barras de apoio. A norma NBR9050 exige que a largura mínima para as portas e obstáculos fixos é de 0,80m. As portas situadas em áreas confinadas ou em meio a circulação devem ter um espaço mínimo de 0,60m contínuo ao vão de abertura. As portas devem possuir uma barra de apoio para facilitar seu fechamento, esforço necessário para puxar/empurrar a porta não deve exceder o equivalente a 35,61. A maçaneta deverá ser do tipo alavanca, arredondada para não ocasionar acidentes durante manuseio, esta sendo observada para os pacientes que podem caminhar. Fonte NBR 90050 / 2004. Ver desenho abaixo:



I) Rampa -. A largura livre mínima recomendável para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50 m, sendo o mínimo admissível 1,20 m, segundo a NBR 9050/2004, já a PORTARIA Nº 810- de 22 de setembro de 1989, para Instituições Geriátricas, estabelece uma inclinação máxima de 5% e largura mínima de 1,50m. Assim verifica-se uma desproporção na rampa que dá acesso a parte exterior dos fundos da Casa de Geriátrica Repouso. Ver figura abaixo:



Inclinação transversal e largura de rampas

4.3 Dados Gerais dos Trabalhadores

Os trabalhadores estudados tem como função de auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos, que são considerados pela Instituição como atendentes de enfermagem.

Segundo as funcionárias:

- Quanto a média da idade das funcionárias é de 39,5anos, assim se constata que esta idade as pessoas tem um desempenho mais lento do que os de uma faixa de idade de 20 a 30 anos. Para Ilida (1995) com o avanço da idade, os problemas começam a surgir, em relação a psicomotricidade - com a idade os movimentos se tornam mais lentos, a visão - vai perdendo gradativamente sua

eficiência, audição - com o tempo aumenta a dificuldade de entendimento da fala e a memória - em pessoas mais velhas pode ocorrer o esquecimento do objetivo da ação, em plena fase de execução da mesma.

- Quanto a escolaridade, 66,6 % não tem o primeiro grau completo, apenas 16,7% tem completo o primeiro grau e 16,7 o segundo grau completo, pois a primeira vez que a pessoa realiza uma tarefa sente mais dificuldade do que já está acostumada, tendo mais probabilidade de erros e fadiga. Segundo Berbaun apud Santos et al (1997), “a aprendizagem é um processo de construção e de assimilação de uma nova resposta em relação a uma nova situação de problema”.

- Quanto aos indicadores de saúde do trabalhador foi observado com relação as doenças 50% das funcionária afirmam ter tipos de doenças como sinusite, bursite e depressão, e nem todas usam medicamentos constantes só 34% responderam que dependem dos remédios, assim se verifica que estas patologias interferem no desempenho de suas atividades, pois no caso de Bursite, a dor é quase sempre constante afetando a região dos ombros, sendo que o trabalho de deslocamento do paciente torna-se prejudicial a saúde deste trabalhador, aumentando as dores.

Algumas das funcionárias consideram como atividade física e lazer a caminhada, esta realizada quando as vezes caminham de suas residências até a Casa Geriátrica de Repouso. Ao cansaço 100% responderam que ao chegarem em suas residências se sentem cansadas fisicamente e mentalmente.

- Quanto as suas atividades antes de trabalharem com idosos, 50% já cuidavam de idosos em casas particulares, assim não consideram problema lidar com os pacientes (idosos), e o restante divide-se em diaristas, confeccionista e auxiliar de cozinha assim tendo dificuldade na adaptação do cuidados aos idosos.

- **Quanto ao Checklist realizado sobre dores e Desconforto obteve-se**

como resposta um maior percentual com relação aos ombros e ao braço

direito, pois existe um esforço intenso nestes membros, tensionando-os produzindo um grande desconforto.

4.4 Equipe de Trabalho

Através do questionário 100% das funcionárias responderam a respeito dos relacionamentos entre ambas e com os superiores consideraram bom. Também com relação a gostarem do trabalho 100% responderam que gostam de suas atividades apesar dos esforços realizados com relação aos pacientes. Com relação da proporção do numero de pacientes idosos em relação ao numero de auxiliares de enfermagem como referido no Capítulo 2, uma desproporção se verificou na Casa Geriátrica de Repouso em estudo, sendo que a literatura sugere que tenha no mínimo 9 profissionais nas 24 horas .Ocorre uma desproporção entre o número de pacientes e auxiliares de enfermagem, bem como dificuldade na admissão de auxiliares de enfermagem capacitados.

Para os diretores de instituições geriátricas torna-se um custo elevado em contratar profissionais de enfermagem, assim torna-se pouco onerosa manter os cuidadores. Estes não são treinados inicialmente, mas são acompanhados pela enfermeira padrão, ou pela administradora operacional. Também observa-se que para este tipo de atividade de trabalho as pessoas não procuram, devido ao fato de que os pacientes são idosos e não conseguem ter paciência.

4.5 Carga de Trabalho

Alta carga cognitiva e ressaltamos que o diagnóstico confirma o alto nível de estresse dos funcionários que trabalham direto com os idosos, o trabalho complexo, a insatisfação quanto ao pouco reconhecimento de trabalho são condicionantes para o stress.

Os funcionários são freqüentemente perturbados por influencias externas, quando os familiares dos pacientes os visitam. Destacam-se como influências

o fato de que os familiares exigem destes funcionários um bom atendimento , as vezes questionando-os nos procedimentos realizados ao cuidado do paciente.

Com relação ao esforço físico em suas atividades diárias 100% responderam positivo intenso, assim como 100% positivo leve em relação ao esforço mental. Este esforço mental tem como fonte a agitação da mudança das tarefas e nos horários das refeições, ao levarem vitamina a um dos pacientes, devem pensar no outro que já está em espera, e o tempo torna-se curto. Ao esforço físico as funcionarias responderam que tem como fonte o deslocamento quase que constante, dando atenção aos pacientes a cada momento, assim executando tarefas de deslocamento dos pacientes aos quartos, salas de descanso e ao banheiro, inclusive quando estão nos seus horários de refeições permanecem de pé em constante atenção aos pacientes que podem caminhar, pois eles saem da posição que estão, sem noção, dirigem-se para outro ambiente e esquecem de se alimentar.

4.6 Tarefa/Atividade

- Quanto ao posto de trabalho foram verificadas camas inadequadas em relação altura e largura, no caso quando o auxiliar de enfermagem ou cuidador de idosos alimenta o paciente na cama, é necessário que este funcionário esteja na posição sentado. Quanto a largura a cama torna-se estreita e altura faz com que sua postura seja inadequada.
- Quanto à postura se verificou ao alimentar o paciente e na arrumação da cama, uma inclinação na coluna vertebral (curvatura lombar) com grande desgaste físico, como no caso das camas dos quarto com referencia 2 (planta baixa –figura 2 e 3); também ao se deslocar o paciente da cama para a cadeira de rodas ocorre um grande desgaste no ombro direito, além da curvatura lombar e um esforço nas pernas para a suspensão do paciente devido ao seu peso. Em alguns casos se verificou que é necessário três funcionárias para deslocar um paciente para cadeira de rodas, ocorrendo em um tempo maior do que o normal..

- Ressaltam-se também os movimentos de levantar, agachar quando se desloca o paciente da cadeira acomodando-o em outro ambiente assim como é utilizado ao alimentar o paciente, sendo que neste estágio observa-se uma considerável carga de esforço físico e posições de desconforto ao alimentá-lo.
- **As funcionárias permanecem em pé durante quase toda a sua jornada de trabalho. Apesar de ser amenizado com a movimentação constante dos membros inferiores (deslocamentos), o fato de ficar em pé dificulta o retorno venoso do sangue, provocando dilatação das paredes das veias (varizes), ou seja, Ortostatismo Prolongado.**

Tendo como esforço em flexão, excessivo e inadequado quando as funcionárias empurram as cadeiras de rodas, levantam os pacientes deslocando-os. Essas forças de grande intensidade podem causar lesões na coluna vertebral, ocasionando as já citadas “dores de colunas”. Em algumas ocasiões fazem esforço inadequado, como rotação de tronco sobre a pélvis e inclinações laterais. Esses esforços devem ser dosados para que problemas posteriores sejam evitados. Muitas vezes, eles não o são.

CAPITULO V

5.CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 Recomendações

5.1.1 Ambiente

- Quanto ao refeitório deve-se melhorar o layout, destacando a mesa na forma de “U” a qual dificulta a passagem tanto das cadeiras de rodas como dos funcionários e internos, não estando suas medidas conforme a NBR 9050/2004, com relação a mesa poderá ser reaproveitada ao dividi-la em duas mesas, considerando alguns conceitos básicos em relação ao layout e o ser humano, alocando as novas mesas em posições, assim não interferirão na passagem. Neste caso na sala de TV, observou um espaço vago entre a mesa da TV e a poltrona, podendo ajudar na alocação das novas mesas (Ver figura 6 em anexo).

- Com relação ao quarto referência 4(ver anexo figura 3) onde a posição de algumas camas também dificultam a passagem, deverão ser modificadas, como neste caso terão que sair da posição atual. No quarto referência 2 (ver anexo figura 3), as camas deverão ter espaços maiores entre ambas como prescreve a NBR 9050/2004, este quarto poderá ser expandido abrindo a parede ao lado do hall de descanso que o divide, ou seja aumentando o quarto. O novo layout proposto, terá uma expansão no quarto comportando 2 camas de um dos quartos com problema de espaço entre as duas camas.E melhoria no quarto em referencia ao espaço entre as camas ver anexo figura 7).

- No corredor em forma de L, o armário localizado em uma dos lados deverá ser alocado em outro ambiente, e nesta parede onde retirado o armário, deverá ser colocado corrimão, visando melhorar o acesso tanto das funcionárias como dos internos.

Nas situações acima as proposta tem como finalidade evitar doenças ocupacionais, riscos de acidentes e incidentes, melhorando a ocupação dos espaços como consequência a motivação e a satisfação dos funcionários,

diminuir o congestionamento, aumentando portanto a produtividade, reduzindo o tempo de produção.

- **Efetuar estudos específicos dos fatores físicos que contribuem para o aumento do stress nos trabalhadores (iluminamento, ventilação, temperatura, umidade e ruído) que devem ser avaliados e considerados nos projetos e análises dos postos de trabalho, mesmo que as funcionárias não sintam a necessidade. Quanto ao odor se recomenda que o trabalhador ao fazer a higienização no paciente utilize mascaras de inalação.**

- Nos banheiros, com relação ao Box, deverá ser colocado na posição abaixo do chuveiro um banco, facilitando nos banhos de idosos. Como as funcionárias utilizam cadeiras de roda especiais, o banco deverá ser do tipo levantar e descer.

- Quanto às funcionárias não tem um local adequado para descanso, colocar seus objetos pessoais e um banheiro próprio, neste caso sugere-se alocar para as funcionárias o quarto de dimensões menores que se encontra perto da cozinha (ver figura 2 em anexo), assim poderão ter mais privacidade, estimulando-as. Conforme LEHR (1999) relembra que o ambiente físico, o meio ambiente interfere no comportamento de indivíduos, assim o ambiente pode contribuir sendo favorável e adaptável, estimulando as atividades.

5.1.2 Material

- Quanto ao deslocamento do paciente da cadeira de rodas para cama, poltrona, cadeira e outros, onde a funcionária levanta o paciente, sendo que a combinação entre os atos de inclinar-se para frente e torcer ou girar o tronco provoca o aumento de pressão dentro do disco intervertebral (Senac-SP, 1999, p.47), sendo que neste caso deve-se remover qualquer obstáculo que possam atrapalhar tais movimentos, manter-se mais próximo possível do paciente. A coluna deve ser mantida o máximo na vertical e quando deslocar o paciente procurar fazer em equipe.

- As barras de apoio nos banheiros deverão ser reajustadas dentro das exigências da norma NBR9050/2004, no que tange a posição de localização da mesma, pois quando o paciente é deslocado da cadeira de rodas para o vaso sanitário, ele poderá diminuir o peso atribuído à funcionária, diminuindo o esforço muscular.
- As camas deverão ser trocadas, principalmente as do quarto 2, com referência a sua largura e altura, de modo que as funcionárias possam dar o alimento ou trocar os pacientes adequadamente. No quarto 4 sugere-se a modificação do layout do mobiliário, devendo retirar uma das camas, pois ambiente não comporta espaço suficiente previsto na NBR 9050/2004, entre camas. A cama em sobra poderá ser alocada no quarto 2, após ter aumentado quarto /sala já citado acima no item ambiente.
- A mesa do refeitório deverá ser modificada, transformando-a em duas novas mesas, assim melhor se adapta ao layout do ambiente (ver figura 6 em anexo).
- Os dimensionamentos das poltronas estão inadequados, devem ser trocadas de modo a diminuir o esforço da funcionaria assim como facilitar ao paciente boa postura.
- Rampa deverá diminuir a inclinação assim como aumentar a largura da mesma, conforme a recomendação da NBR 9050/2004, quanto ao corrimão poderão permanecer do mesmo modo.

5.1.3 Organização

- Realizar um estudo específico de métodos e tempos, pois as tarefas são repetitivas e variam os tempos podendo padronizar.
- Planejar e implantar programas como cursos específicos com as funcionárias do posto de trabalho analisado, com relação atividades realizadas, melhorando assim sua produção e juntamente cursos orientando as no que diz respeito as posturas ideais na realização das tarefas. Liberalesso (2000) faz referência ao cuidador de idosos quando comenta sobre a influência negativa do mesmo na recuperação física e psíquica do idoso pelo fato de ser “desprovido da prática

de atividades profissionais” que oferecem uma melhor qualidade de vida a esse grupo. A importância do cuidar também foi abordada por Phaneuf (1986), que sugeriu a “uniformização do cuidar especializado” como forma de evitar omissões e duplicações na assistência ao idoso.

- A visita dos familiares, estes devem ser orientados quanto aos procedimentos que as funcionárias devem fazer, deixando claro a não interferência quando estas estão trabalhando nas atividades, esta pressão é um fator que contribui ao estresse.
- Incentivar o relacionamento social entre as funcionárias, fora do expediente de trabalho, como reuniões, festas, algum tipo de lazer. Através de reuniões os diretores poderão incentivar estes tipos de relacionamentos.
- Deverão propor as funcionárias um treinamento acompanhado-as no período da contratação da mesma, sendo que o nível de escolaridade é baixo, as tarefas deverão ser bem esclarecidas.
- A exigência das tarefas realizadas, como paciência e outros fatores podem levar as funcionárias terem estresse, evitando através de bom relacionamento com os superiores, fazendo com que as funcionárias possam expressar seus anseios e dificuldades, também incrementando o nível de confiança entre ambos.
- Quanto à remuneração salarial, deve ser atribuído valores a algumas atividades, os diretores devem incentivar através de gratificações no caso das tarefas bem executadas, estimulando assim o funcionário.

5.1.4 Tarefa/Atividade

- Melhorar as condições ambientais (ver ambiente).
- As funcionárias trabalham das 07:00 às 17:00 h, perfazendo 1 hora de trabalho com apenas meia hora de descanso, sendo que acabam fazendo sua alimentação de pé, devem ser feitas rotinas de trabalho para que quando uma funcionária está em sua hora de alimentar-se, possa fazê-la sossegada.

5.2 Conclusão

Dados demográficos confirmam um poderoso contingente do envelhecimento na população brasileira, exigindo serviços ampliados e diferenciados. Por várias razões, muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado, quando se analisa a situação das pessoas da terceira idade que tem a ventura de desfrutar mais anos de vida, nem sempre conseguem fazer com a saúde. É necessário que a população se sensibilize, no sentido de fazer algo em relação a sobrecarga e o despreparo em atenção e assistência as pessoas da terceira idade.

Sob o ponto de vista biológico o envelhecimento significa um previsível, progressivo e geral deterioramento de vários sistemas fisiológicos, sendo que não é considerado tão grave, para que se considere a maior parte dos indivíduos com mais de 50 anos como demasiado velhos e não aptos ao trabalho. O afastamento do trabalho gera grande parte de pessoas da terceira idade ser confinados em asilos, ou seja abandonados, pois, não produzem e gerando pessoas desmotivadas.

Neste trabalho, foi dado grande enfoque à observação dos profissionais da saúde que trabalham em assistência direta aos pacientes da terceira idade da Casa Geriátrica de Repouso estudada. Através do estudo de caso como metodologia para esta pesquisa possibilitou avaliar e fundamentar a contribuição da ergonomia. Com a identificação da causa real dos problemas ocorridos no posto de trabalho das funcionárias, observados durante as atividades realizadas do dia a dia, torna-se-a mais simples e objetiva a eliminação dos problemas.

Constatou-se, no estudo realizado na Instituição estudada com referência ao atendimento e cuidado aos pacientes da terceira idade, a comprovação das hipóteses levantadas a partir da demanda. Assim se concluiu que as funcionárias (auxiliares de enfermagem e cuidadores) sofrem desgaste psicológico e físico ao conduzir os idosos nas cadeiras de roda, as posturas inadequadas na realização das tarefas (locomoção dos pacientes), provocam

dores lombares; o trabalho realizado é estressante e o trabalhador não se sente valorizado.

No que se refere ao físico as atividades realizadas pelas funcionárias requer considerável esforço muscular, os grupos musculares tornam-se facilmente cansados, a combinação entre os atos de inclinar-se para frente e torcer ou girar o tronco provoca aumento de pressão dentro do disco intervertebral, gerando com isso dores lombares, hérnia de disco. A dor constatada em algumas partes do corpo das funcionárias, como no caso da alta percentagem em relação aos ombros, tendo como causa uma postura que não é natural. O trabalho é estressante, pois é repetitivo e a demanda é excessiva, as tarefas são muitas e com alta responsabilidade, pois seu produto é um ser humano fragilizado.

Em relação a uma melhor satisfação no trabalho, devemos interferir na organização do mesmo, tornando-se imprescindível um tratamento humanizado, quer seja, levar em consideração o homem. No que diz respeito às condições e à organização do trabalho: melhoramento do ambiente, dos métodos de trabalho; modificação dos horários de trabalho (redução, flexibilidade).

Nesta Instituição através de conversas informais com os idosos não teve reclamações com relação às funcionárias, os idosos já as consideram da família, assim atribuindo as funcionárias uma carga psicológica maior em satisfazê-los. Alguns dos pacientes idosos internados não são visitados sentem a necessidade de adotar às funcionárias como membros de sua família.

Quanto às condições de trabalho, destacamos um ambiente tumultuado, com materiais não apropriados, podendo causar alguns riscos em relação ao organismo e elevada carga de trabalho. O fator de ser uma Casa de Repouso abriga pessoas com enfermidades, não sendo idosos, tendo grande números de visitas, tornando o ambiente tumultuado.

Foi verificado, também, o layout da instituição geriátrica, quanto a acessibilidade, o mobiliário, observando as normas prescritas das leis dos pacientes da terceira idade constando assim suas anormalidades no que se

refere ao trabalhador e aos pacientes idosos. Uma situação positiva emitida aos visitantes, não sendo apenas estratégia mercadológica para buscar novos clientes, mas sim, uma demonstração clara de como um ambiente adequadamente projetado colabora na maximização dos trabalhadores e no comportamento dos indivíduos da terceira idade.

Os profissionais de saúde poderão tornar-se aliados aos pacientes idosos, em união a outros profissionais de saúde, podendo contribuir as necessidades sociais, que hoje estão associadas aos projetos referente às pessoas da terceira idade dando a elas uma condição melhor e mais digna nessa fase da vida. Isso acontece porque são muitas as necessidades que as pessoas da terceira idade manifestam.

Para os auxiliares de enfermagem e os cuidadores (funcionárias) de idosos neste estudo, observamos inúmeras interferências quanto à manutenção de sua produção, aumentando a sua responsabilidade, devendo se planejar e organizar a toda assistência prestada na Casa Geriátrica de Repouso, gerando uma melhor qualidade da mesma.

A organização do trabalho tende a exigir do trabalhador maior capacidade, flexibilidade, mais criatividade e, sobretudo, maior satisfação no trabalho, refletindo na melhoria da competitividade. Podemos então conseguir através da abordagem ergonômica, demonstrando para a Casa de Geriátrica de Repouso, como uma adequação do trabalho ao homem, melhora a satisfação e minimiza a ociosidade e também o estresse.

No termino desta dissertação podemos constatar que a ergonomia define que um ambiente adequado é aquele caracterizado por meios e medidas que não comprometem a saúde e conservam a integridade do organismo, constamos à importância da ergonomia nos locais de trabalho. Constando o quanto a Engenharia de Produção neste estudo contribuiu e poderá vir a contribuir para o futuro no que diz respeito à melhoria da vida das pessoas da terceira, conformando o ambiente ao trabalhador e conseqüentemente a melhor qualidade de vida a estas pessoas, já que o aumento da população da terceira idade hoje torna-se alarmante para o futuro.

Quanto aos resultados obtidos e recomendações surgiram após a realização do trabalho, reconhecendo assim potencialidade para desenvolver as melhorias necessárias no local de trabalho, mostrando a importância da análise ergonômica de trabalho em instituições geriátricas, pois estas trabalham com um produto final que é a saúde do paciente idoso. Atendendo assim as gerações que nos antecederam, sustentada no interesse de cada um e no compromisso social de bem estar a estas gerações, dando a elas que vivem seus últimos tempos a dignidade e o amor pela vida.

Recomendo outros estudos, um levantamento com uma amostra da população maior, e averiguar mais instituições Geriátricas onde os ergonomistas podem se apropriar dessas informações para adequar ainda mais os espaços construídos, que não se restringem apenas a esta Casa geriátrica em estudo, mas as outras tipos de abrigo aos idosos, como asilos e outros. Uma sugestão é fazer um programa de prevenção ambiental (PPRA/NR) Elaborar os cursos de treinamentos aos funcionários que atuam direto com as pessoas da terceira idade, como prevenção dos distúrbios causados pelas posturas incorretas em suas atividades de trabalho diárias.

CAPITULO V

5.CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 Recomendações

5.1.1 Ambiente

- Quanto ao refeitório deve-se melhorar o layout, destacando a mesa na forma de “U” a qual dificulta a passagem tanto das cadeiras de rodas como dos funcionários e internos, não estando suas medidas conforme a NBR 9050/2004, com relação a mesa poderá ser reaproveitada ao dividi-la em duas mesas, considerando alguns conceitos básicos em relação ao layout e o ser humano, alocando as novas mesas em posições, assim não interferirão na passagem. Neste caso na sala de TV, observou um espaço vago entre a mesa da TV e a poltrona, podendo ajudar na alocação das novas mesas (Ver figura 6 em anexo).

- Com relação ao quarto referência 4(ver anexo figura 3) onde a posição de algumas camas também dificultam a passagem, deverão ser modificadas, como neste caso terão que sair da posição atual. No quarto referência 2 (ver anexo figura 3), as camas deverão ter espaços maiores entre ambas como prescreve a NBR 9050/2004, este quarto poderá ser expandido abrindo a parede ao lado do hall de descanso que o divide, ou seja aumentando o quarto. O novo layout proposto, terá uma expansão no quarto comportando 2 camas de um dos quartos com problema de espaço entre as duas camas.E melhoria no quarto em referencia ao espaço entre as camas ver anexo figura 7).

- No corredor em forma de L, o armário localizado em uma dos lados deverá ser alocado em outro ambiente, e nesta parede onde retirado o armário, deverá ser colocado corrimão, visando melhorar o acesso tanto das funcionárias como dos internos.

Nas situações acima as proposta tem como finalidade evitar doenças ocupacionais, riscos de acidentes e incidentes, melhorando a ocupação dos espaços como consequência a motivação e a satisfação dos funcionários,

diminuir o congestionamento, aumentando portanto a produtividade, reduzindo o tempo de produção.

- **Efetuar estudos específicos dos fatores físicos que contribuem para o aumento do stress nos trabalhadores (iluminamento, ventilação, temperatura, umidade e ruído) que devem ser avaliados e considerados nos projetos e análises dos postos de trabalho, mesmo que as funcionárias não sintam a necessidade. Quanto ao odor se recomenda que o trabalhador ao fazer a higienização no paciente utilize mascaras de inalação.**

- Nos banheiros, com relação ao Box, deverá ser colocado na posição abaixo do chuveiro um banco, facilitando nos banhos de idosos. Como as funcionárias utilizam cadeiras de roda especiais, o banco deverá ser do tipo levantar e descer.

- Quanto às funcionárias não tem um local adequado para descanso, colocar seus objetos pessoais e um banheiro próprio, neste caso sugere-se alocar para as funcionárias o quarto de dimensões menores que se encontra perto da cozinha (ver figura 2 em anexo), assim poderão ter mais privacidade, estimulando-as. Conforme LEHR (1999) relembra que o ambiente físico, o meio ambiente interfere no comportamento de indivíduos, assim o ambiente pode contribuir sendo favorável e adaptável, estimulando as atividades.

5.1.2 Material

- Quanto ao deslocamento do paciente da cadeira de rodas para cama, poltrona, cadeira e outros, onde a funcionária levanta o paciente, sendo que a combinação entre os atos de inclinar-se para frente e torcer ou girar o tronco provoca o aumento de pressão dentro do disco intervertebral (Senac-SP, 1999, p.47), sendo que neste caso deve-se remover qualquer obstáculo que possam atrapalhar tais movimentos, manter-se mais próximo possível do paciente. A coluna deve ser mantida o máximo na vertical e quando deslocar o paciente procurar fazer em equipe.

- As barras de apoio nos banheiros deverão ser reajustadas dentro das exigências da norma NBR9050/2004, no que tange a posição de localização da mesma, pois quando o paciente é deslocado da cadeira de rodas para o vaso sanitário, ele poderá diminuir o peso atribuído à funcionária, diminuindo o esforço muscular.
- As camas deverão ser trocadas, principalmente as do quarto 2, com referência a sua largura e altura, de modo que as funcionárias possam dar o alimento ou trocar os pacientes adequadamente. No quarto 4 sugere-se a modificação do layout do mobiliário, devendo retirar uma das camas, pois ambiente não comporta espaço suficiente previsto na NBR 9050/2004, entre camas. A cama em sobra poderá ser alocada no quarto 2, após ter aumentado quarto /sala já citado acima no item ambiente.
- A mesa do refeitório deverá ser modificada, transformando-a em duas novas mesas, assim melhor se adapta ao layout do ambiente (ver figura 6 em anexo).
- Os dimensionamentos das poltronas estão inadequados, devem ser trocadas de modo a diminuir o esforço da funcionaria assim como facilitar ao paciente boa postura.
- Rampa deverá diminuir a inclinação assim como aumentar a largura da mesma, conforme a recomendação da NBR 9050/2004, quanto ao corrimão poderão permanecer do mesmo modo.

5.1.3 Organização

- Realizar um estudo específico de métodos e tempos, pois as tarefas são repetitivas e variam os tempos podendo padronizar.
- Planejar e implantar programas como cursos específicos com as funcionárias do posto de trabalho analisado, com relação atividades realizadas, melhorando assim sua produção e juntamente cursos orientando as no que diz respeito as posturas ideais na realização das tarefas. Liberalesso (2000) faz referência ao cuidador de idosos quando comenta sobre a influência negativa do mesmo na recuperação física e psíquica do idoso pelo fato de ser “desprovido da prática

de atividades profissionais” que oferecem uma melhor qualidade de vida a esse grupo. A importância do cuidar também foi abordada por Phaneuf (1986), que sugeriu a “uniformização do cuidar especializado” como forma de evitar omissões e duplicações na assistência ao idoso.

- A visita dos familiares, estes devem ser orientados quanto aos procedimentos que as funcionárias devem fazer, deixando claro a não interferência quando estas estão trabalhando nas atividades, esta pressão é um fator que contribui ao estresse.
- Incentivar o relacionamento social entre as funcionárias, fora do expediente de trabalho, como reuniões, festas, algum tipo de lazer. Através de reuniões os diretores poderão incentivar estes tipos de relacionamentos.
- Deverão propor as funcionárias um treinamento acompanhado-as no período da contratação da mesma, sendo que o nível de escolaridade é baixo, as tarefas deverão ser bem esclarecidas.
- A exigência das tarefas realizadas, como paciência e outros fatores podem levar as funcionárias terem estresse, evitando através de bom relacionamento com os superiores, fazendo com que as funcionárias possam expressar seus anseios e dificuldades, também incrementando o nível de confiança entre ambos.
- Quanto à remuneração salarial, deve ser atribuído valores a algumas atividades, os diretores devem incentivar através de gratificações no caso das tarefas bem executadas, estimulando assim o funcionário.

5.1.4 Tarefa/Atividade

- Melhorar as condições ambientais (ver ambiente).
- As funcionárias trabalham das 07:00 às 17:00 h, perfazendo 1 hora de trabalho com apenas meia hora de descanso, sendo que acabam fazendo sua alimentação de pé, devem ser feitas rotinas de trabalho para que quando uma funcionária está em sua hora de alimentar-se, possa fazê-la sossegada.

5.2 Conclusão

Dados demográficos confirmam um poderoso contingente do envelhecimento na população brasileira, exigindo serviços ampliados e diferenciados. Por várias razões, muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado, quando se analisa a situação das pessoas da terceira idade que tem a ventura de desfrutar mais anos de vida, nem sempre conseguem fazer com a saúde. É necessário que a população se sensibilize, no sentido de fazer algo em relação a sobrecarga e o despreparo em atenção e assistência as pessoas da terceira idade.

Sob o ponto de vista biológico o envelhecimento significa um previsível, progressivo e geral deterioramento de vários sistemas fisiológicos, sendo que não é considerado tão grave, para que se considere a maior parte dos indivíduos com mais de 50 anos como demasiado velhos e não aptos ao trabalho. O afastamento do trabalho gera grande parte de pessoas da terceira idade ser confinados em asilos, ou seja abandonados, pois, não produzem e gerando pessoas desmotivadas.

Neste trabalho, foi dado grande enfoque à observação dos profissionais da saúde que trabalham em assistência direta aos pacientes da terceira idade da Casa Geriátrica de Repouso estudada. Através do estudo de caso como metodologia para esta pesquisa possibilitou avaliar e fundamentar a contribuição da ergonomia. Com a identificação da causa real dos problemas ocorridos no posto de trabalho das funcionárias, observados durante as atividades realizadas do dia a dia, torna-se-a mais simples e objetiva a eliminação dos problemas.

Constatou-se, no estudo realizado na Instituição estudada com referência ao atendimento e cuidado aos pacientes da terceira idade, a comprovação das hipóteses levantadas a partir da demanda. Assim se concluiu que as funcionárias (auxiliares de enfermagem e cuidadores) sofrem desgaste psicológico e físico ao conduzir os idosos nas cadeiras de roda, as posturas inadequadas na realização das tarefas (locomoção dos pacientes), provocam

dores lombares; o trabalho realizado é estressante e o trabalhador não se sente valorizado.

No que se refere ao físico as atividades realizadas pelas funcionárias requer considerável esforço muscular, os grupos musculares tornam-se facilmente cansados, a combinação entre os atos de inclinar-se para frente e torcer ou girar o tronco provoca aumento de pressão dentro do disco intervertebral, gerando com isso dores lombares, hérnia de disco. A dor constatada em algumas partes do corpo das funcionárias, como no caso da alta percentagem em relação aos ombros, tendo como causa uma postura que não é natural. O trabalho é estressante, pois é repetitivo e a demanda é excessiva, as tarefas são muitas e com alta responsabilidade, pois seu produto é um ser humano fragilizado.

Em relação a uma melhor satisfação no trabalho, devemos interferir na organização do mesmo, tornando-se imprescindível um tratamento humanizado, quer seja, levar em consideração o homem. No que diz respeito às condições e à organização do trabalho: melhoramento do ambiente, dos métodos de trabalho; modificação dos horários de trabalho (redução, flexibilidade).

Nesta Instituição através de conversas informais com os idosos não teve reclamações com relação às funcionárias, os idosos já as consideram da família, assim atribuindo as funcionárias uma carga psicológica maior em satisfazê-los. Alguns dos pacientes idosos internados não são visitados sentem a necessidade de adotar às funcionárias como membros de sua família.

Quanto às condições de trabalho, destacamos um ambiente tumultuado, com materiais não apropriados, podendo causar alguns riscos em relação ao organismo e elevada carga de trabalho. O fator de ser uma Casa de Repouso abriga pessoas com enfermidades, não sendo idosos, tendo grande números de visitas, tornando o ambiente tumultuado.

Foi verificado, também, o layout da instituição geriátrica, quanto a acessibilidade, o mobiliário, observando as normas prescritas das leis dos pacientes da terceira idade constando assim suas anormalidades no que se

refere ao trabalhador e aos pacientes idosos. Uma situação positiva emitida aos visitantes, não sendo apenas estratégia mercadológica para buscar novos clientes, mas sim, uma demonstração clara de como um ambiente adequadamente projetado colabora na maximização dos trabalhadores e no comportamento dos indivíduos da terceira idade.

Os profissionais de saúde poderão tornar-se aliados aos pacientes idosos, em união a outros profissionais de saúde, podendo contribuir as necessidades sociais, que hoje estão associadas aos projetos referente às pessoas da terceira idade dando a elas uma condição melhor e mais digna nessa fase da vida. Isso acontece porque são muitas as necessidades que as pessoas da terceira idade manifestam.

Para os auxiliares de enfermagem e os cuidadores (funcionárias) de idosos neste estudo, observamos inúmeras interferências quanto à manutenção de sua produção, aumentando a sua responsabilidade, devendo se planejar e organizar a toda assistência prestada na Casa Geriátrica de Repouso, gerando uma melhor qualidade da mesma.

A organização do trabalho tende a exigir do trabalhador maior capacidade, flexibilidade, mais criatividade e, sobretudo, maior satisfação no trabalho, refletindo na melhoria da competitividade. Podemos então conseguir através da abordagem ergonômica, demonstrando para a Casa de Geriátrica de Repouso, como uma adequação do trabalho ao homem, melhora a satisfação e minimiza a ociosidade e também o estresse.

No termino desta dissertação podemos constatar que a ergonomia define que um ambiente adequado é aquele caracterizado por meios e medidas que não comprometem a saúde e conservam a integridade do organismo, constamos à importância da ergonomia nos locais de trabalho. Constando o quanto a Engenharia de Produção neste estudo contribuiu e poderá vir a contribuir para o futuro no que diz respeito à melhoria da vida das pessoas da terceira, conformando o ambiente ao trabalhador e conseqüentemente a

melhor qualidade de vida a estas pessoas, já que o aumento da população da terceira idade hoje torna-se alarmante para o futuro.

Quanto aos resultados obtidos e recomendações surgiram após a realização do trabalho, reconhecendo assim potencialidade para desenvolver as melhorias necessárias no local de trabalho, mostrando a importância da análise ergonômica de trabalho em instituições geriátricas, pois estas trabalham com um produto final que é a saúde do paciente idoso. Atendendo assim as gerações que nos antecederam, sustentada no interesse de cada um e no compromisso social de bem estar a estas gerações, dando a elas que vivem seus últimos tempos a dignidade e o amor pela vida.

Recomendo outros estudos, um levantamento com uma amostra da população maior, e averiguar mais instituições Geriátricas onde os ergonomistas podem se apropriar dessas informações para adequar ainda mais os espaços construídos, que não se restringem apenas a esta Casa geriátrica em estudo, mas as outras tipos de abrigo aos idosos, como asilos e outros. Uma sugestão é fazer um programa de prevenção ambiental (PPRA/NR) Elaborar os cursos de treinamentos aos funcionários que atuam direto com as pessoas da terceira idade, como prevenção dos distúrbios causados pelas posturas incorretas em suas atividades de trabalho diárias.

CAPITULO V

5.CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 Recomendações

5.1.1 Ambiente

- Quanto ao refeitório deve-se melhorar o layout, destacando a mesa na forma de “U” a qual dificulta a passagem tanto das cadeiras de rodas como dos funcionários e internos, não estando suas medidas conforme a NBR 9050/2004, com relação a mesa poderá ser reaproveitada ao dividi-la em duas mesas, considerando alguns conceitos básicos em relação ao layout e o ser humano, alocando as novas mesas em posições, assim não interferirão na passagem. Neste caso na sala de TV, observou um espaço vago entre a mesa da TV e a poltrona, podendo ajudar na alocação das novas mesas (Ver figura 6 em anexo).

- Com relação ao quarto referência 4(ver anexo figura 3) onde a posição de algumas camas também dificultam a passagem, deverão ser modificadas, como neste caso terão que sair da posição atual. No quarto referência 2 (ver anexo figura 3), as camas deverão ter espaços maiores entre ambas como prescreve a NBR 9050/2004, este quarto poderá ser expandido abrindo a parede ao lado do hall de descanso que o divide, ou seja aumentando o quarto. O novo layout proposto, terá uma expansão no quarto comportando 2 camas de um dos quartos com problema de espaço entre as duas camas.E melhoria no quarto em referencia ao espaço entre as camas ver anexo figura 7).

- No corredor em forma de L, o armário localizado em uma dos lados deverá ser alocado em outro ambiente, e nesta parede onde retirado o armário, deverá ser colocado corrimão, visando melhorar o acesso tanto das funcionárias como dos internos.

Nas situações acima as proposta tem como finalidade evitar doenças ocupacionais, riscos de acidentes e incidentes, melhorando a ocupação dos espaços como consequência a motivação e a satisfação dos funcionários,

diminuir o congestionamento, aumentando portanto a produtividade, reduzindo o tempo de produção.

- **Efetuar estudos específicos dos fatores físicos que contribuem para o aumento do stress nos trabalhadores (iluminamento, ventilação, temperatura, umidade e ruído) que devem ser avaliados e considerados nos projetos e análises dos postos de trabalho, mesmo que as funcionárias não sintam a necessidade. Quanto ao odor se recomenda que o trabalhador ao fazer a higienização no paciente utilize mascaras de inalação.**

- Nos banheiros, com relação ao Box, deverá ser colocado na posição abaixo do chuveiro um banco, facilitando nos banhos de idosos. Como as funcionárias utilizam cadeiras de roda especiais, o banco deverá ser do tipo levantar e descer.

- Quanto às funcionárias não tem um local adequado para descanso, colocar seus objetos pessoais e um banheiro próprio, neste caso sugere-se alocar para as funcionárias o quarto de dimensões menores que se encontra perto da cozinha (ver figura 2 em anexo), assim poderão ter mais privacidade, estimulando-as. Conforme LEHR (1999) relembra que o ambiente físico, o meio ambiente interfere no comportamento de indivíduos, assim o ambiente pode contribuir sendo favorável e adaptável, estimulando as atividades.

5.1.2 Material

- Quanto ao deslocamento do paciente da cadeira de rodas para cama, poltrona, cadeira e outros, onde a funcionária levanta o paciente, sendo que a combinação entre os atos de inclinar-se para frente e torcer ou girar o tronco provoca o aumento de pressão dentro do disco intervertebral (Senac-SP, 1999, p.47), sendo que neste caso deve-se remover qualquer obstáculo que possam atrapalhar tais movimentos, manter-se mais próximo possível do paciente. A coluna deve ser mantida o máximo na vertical e quando deslocar o paciente procurar fazer em equipe.

- As barras de apoio nos banheiros deverão ser reajustadas dentro das exigências da norma NBR9050/2004, no que tange a posição de localização da mesma, pois quando o paciente é deslocado da cadeira de rodas para o vaso sanitário, ele poderá diminuir o peso atribuído à funcionária, diminuindo o esforço muscular.
- As camas deverão ser trocadas, principalmente as do quarto 2, com referência a sua largura e altura, de modo que as funcionárias possam dar o alimento ou trocar os pacientes adequadamente. No quarto 4 sugere-se a modificação do layout do mobiliário, devendo retirar uma das camas, pois ambiente não comporta espaço suficiente previsto na NBR 9050/2004, entre camas. A cama em sobra poderá ser alocada no quarto 2, após ter aumentado quarto /sala já citado acima no item ambiente.
- A mesa do refeitório deverá ser modificada, transformando-a em duas novas mesas, assim melhor se adapta ao layout do ambiente (ver figura 6 em anexo).
- Os dimensionamentos das poltronas estão inadequados, devem ser trocadas de modo a diminuir o esforço da funcionaria assim como facilitar ao paciente boa postura.
- Rampa deverá diminuir a inclinação assim como aumentar a largura da mesma, conforme a recomendação da NBR 9050/2004, quanto ao corrimão poderão permanecer do mesmo modo.

5.1.3 Organização

- Realizar um estudo específico de métodos e tempos, pois as tarefas são repetitivas e variam os tempos podendo padronizar.
- Planejar e implantar programas como cursos específicos com as funcionárias do posto de trabalho analisado, com relação atividades realizadas, melhorando assim sua produção e juntamente cursos orientando as no que diz respeito as posturas ideais na realização das tarefas. Liberalesso (2000) faz referência ao cuidador de idosos quando comenta sobre a influência negativa do mesmo na recuperação física e psíquica do idoso pelo fato de ser “desprovido da prática

de atividades profissionais” que oferecem uma melhor qualidade de vida a esse grupo. A importância do cuidar também foi abordada por Phaneuf (1986), que sugeriu a “uniformização do cuidar especializado” como forma de evitar omissões e duplicações na assistência ao idoso.

- A visita dos familiares, estes devem ser orientados quanto aos procedimentos que as funcionárias devem fazer, deixando claro a não interferência quando estas estão trabalhando nas atividades, esta pressão é um fator que contribui ao estresse.
- Incentivar o relacionamento social entre as funcionárias, fora do expediente de trabalho, como reuniões, festas, algum tipo de lazer. Através de reuniões os diretores poderão incentivar estes tipos de relacionamentos.
- Deverão propor as funcionárias um treinamento acompanhado-as no período da contratação da mesma, sendo que o nível de escolaridade é baixo, as tarefas deverão ser bem esclarecidas.
- A exigência das tarefas realizadas, como paciência e outros fatores podem levar as funcionárias terem estresse, evitando através de bom relacionamento com os superiores, fazendo com que as funcionárias possam expressar seus anseios e dificuldades, também incrementando o nível de confiança entre ambos.
- Quanto à remuneração salarial, deve ser atribuído valores a algumas atividades, os diretores devem incentivar através de gratificações no caso das tarefas bem executadas, estimulando assim o funcionário.

5.1.4 Tarefa/Atividade

- Melhorar as condições ambientais (ver ambiente).
- As funcionárias trabalham das 07:00 às 17:00 h, perfazendo 1 hora de trabalho com apenas meia hora de descanso, sendo que acabam fazendo sua alimentação de pé, devem ser feitas rotinas de trabalho para que quando uma funcionária está em sua hora de alimentar-se, possa fazê-la sossegada.

5.2 Conclusão

Dados demográficos confirmam um poderoso contingente do envelhecimento na população brasileira, exigindo serviços ampliados e diferenciados. Por várias razões, muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado, quando se analisa a situação das pessoas da terceira idade que tem a ventura de desfrutar mais anos de vida, nem sempre conseguem fazer com a saúde. É necessário que a população se sensibilize, no sentido de fazer algo em relação a sobrecarga e o despreparo em atenção e assistência as pessoas da terceira idade.

Sob o ponto de vista biológico o envelhecimento significa um previsível, progressivo e geral deterioramento de vários sistemas fisiológicos, sendo que não é considerado tão grave, para que se considere a maior parte dos indivíduos com mais de 50 anos como demasiado velhos e não aptos ao trabalho. O afastamento do trabalho gera grande parte de pessoas da terceira idade ser confinados em asilos, ou seja abandonados, pois, não produzem e gerando pessoas desmotivadas.

Neste trabalho, foi dado grande enfoque à observação dos profissionais da saúde que trabalham em assistência direta aos pacientes da terceira idade da Casa Geriátrica de Repouso estudada. Através do estudo de caso como metodologia para esta pesquisa possibilitou avaliar e fundamentar a contribuição da ergonomia. Com a identificação da causa real dos problemas ocorridos no posto de trabalho das funcionárias, observados durante as atividades realizadas do dia a dia, torna-se-a mais simples e objetiva a eliminação dos problemas.

Constatou-se, no estudo realizado na Instituição estudada com referência ao atendimento e cuidado aos pacientes da terceira idade, a comprovação das hipóteses levantadas a partir da demanda. Assim se concluiu que as funcionárias (auxiliares de enfermagem e cuidadores) sofrem desgaste psicológico e físico ao conduzir os idosos nas cadeiras de roda, as posturas inadequadas na realização das tarefas (locomoção dos pacientes), provocam

dores lombares; o trabalho realizado é estressante e o trabalhador não se sente valorizado.

No que se refere ao físico as atividades realizadas pelas funcionárias requer considerável esforço muscular, os grupos musculares tornam-se facilmente cansados, a combinação entre os atos de inclinar-se para frente e torcer ou girar o tronco provoca aumento de pressão dentro do disco intervertebral, gerando com isso dores lombares, hérnia de disco. A dor constatada em algumas partes do corpo das funcionárias, como no caso da alta percentagem em relação aos ombros, tendo como causa uma postura que não é natural. O trabalho é estressante, pois é repetitivo e a demanda é excessiva, as tarefas são muitas e com alta responsabilidade, pois seu produto é um ser humano fragilizado.

Em relação a uma melhor satisfação no trabalho, devemos interferir na organização do mesmo, tornando-se imprescindível um tratamento humanizado, quer seja, levar em consideração o homem. No que diz respeito às condições e à organização do trabalho: melhoramento do ambiente, dos métodos de trabalho; modificação dos horários de trabalho (redução, flexibilidade).

Nesta Instituição através de conversas informais com os idosos não teve reclamações com relação às funcionárias, os idosos já as consideram da família, assim atribuindo as funcionárias uma carga psicológica maior em satisfazê-los. Alguns dos pacientes idosos internados não são visitados sentem a necessidade de adotar às funcionárias como membros de sua família.

Quanto às condições de trabalho, destacamos um ambiente tumultuado, com materiais não apropriados, podendo causar alguns riscos em relação ao organismo e elevada carga de trabalho. O fator de ser uma Casa de Repouso abriga pessoas com enfermidades, não sendo idosos, tendo grande números de visitas, tornando o ambiente tumultuado.

Foi verificado, também, o layout da instituição geriátrica, quanto a acessibilidade, o mobiliário, observando as normas prescritas das leis dos pacientes da terceira idade constando assim suas anormalidades no que se

refere ao trabalhador e aos pacientes idosos. Uma situação positiva emitida aos visitantes, não sendo apenas estratégia mercadológica para buscar novos clientes, mas sim, uma demonstração clara de como um ambiente adequadamente projetado colabora na maximização dos trabalhadores e no comportamento dos indivíduos da terceira idade.

Os profissionais de saúde poderão tornar-se aliados aos pacientes idosos, em união a outros profissionais de saúde, podendo contribuir as necessidades sociais, que hoje estão associadas aos projetos referente às pessoas da terceira idade dando a elas uma condição melhor e mais digna nessa fase da vida. Isso acontece porque são muitas as necessidades que as pessoas da terceira idade manifestam.

Para os auxiliares de enfermagem e os cuidadores (funcionárias) de idosos neste estudo, observamos inúmeras interferências quanto à manutenção de sua produção, aumentando a sua responsabilidade, devendo se planejar e organizar a toda assistência prestada na Casa Geriátrica de Repouso, gerando uma melhor qualidade da mesma.

A organização do trabalho tende a exigir do trabalhador maior capacidade, flexibilidade, mais criatividade e, sobretudo, maior satisfação no trabalho, refletindo na melhoria da competitividade. Podemos então conseguir através da abordagem ergonômica, demonstrando para a Casa de Geriátrica de Repouso, como uma adequação do trabalho ao homem, melhora a satisfação e minimiza a ociosidade e também o estresse.

No termino desta dissertação podemos constatar que a ergonomia define que um ambiente adequado é aquele caracterizado por meios e medidas que não comprometem a saúde e conservam a integridade do organismo, constamos à importância da ergonomia nos locais de trabalho. Constando o quanto a Engenharia de Produção neste estudo contribuiu e poderá vir a contribuir para o futuro no que diz respeito à melhoria da vida das pessoas da terceira, conformando o ambiente ao trabalhador e conseqüentemente a

melhor qualidade de vida a estas pessoas, já que o aumento da população da terceira idade hoje torna-se alarmante para o futuro.

Quanto aos resultados obtidos e recomendações surgiram após a realização do trabalho, reconhecendo assim potencialidade para desenvolver as melhorias necessárias no local de trabalho, mostrando a importância da análise ergonômica de trabalho em instituições geriátricas, pois estas trabalham com um produto final que é a saúde do paciente idoso. Atendendo assim as gerações que nos antecederam, sustentada no interesse de cada um e no compromisso social de bem estar a estas gerações, dando a elas que vivem seus últimos tempos a dignidade e o amor pela vida.

Recomendo outros estudos, um levantamento com uma amostra da população maior, e averiguar mais instituições Geriátricas onde os ergonomistas podem se apropriar dessas informações para adequar ainda mais os espaços construídos, que não se restringem apenas a esta Casa geriátrica em estudo, mas as outras tipos de abrigo aos idosos, como asilos e outros. Uma sugestão é fazer um programa de prevenção ambiental (PPRA/NR) Elaborar os cursos de treinamentos aos funcionários que atuam direto com as pessoas da terceira idade, como prevenção dos distúrbios causados pelas posturas incorretas em suas atividades de trabalho diárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, J. I.; PINHO, D.L.M. Teoria e Prática Ergonômica: Seus Limites e Possibilidades. **Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.
- ABRAMS W.B.: BEERS. M.H. et al. Comprehensive geriatric assessment. In: _____. **The merck manual of geriatrics**. 2. ed. New Jersey: Whitehouse Station, 1995. cap.17 p.224-231.
- ABREU, C. M. G. O cuidado ao idoso em instituição de longa permanência. **Gerontologia**, v. 4, n. 4, p. 7-14, 1996.
- ALMEIDA, Maristela Moraes de. **Análises das interações entre o homem e o ambiente**. Dissertação de Mestrado: UFSC, 1995.
- AMANCIO, A. e CAVALCANTI, P.C. U. **Clínica Geriátrica**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1975.
- ÂNGULO, M. S. **Aspectos fisiológicos do envelhecimento**. Cadernos da 3.^a Idade, São Paulo, n°4, 1982.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL / IBGE, v.1 (1908-1912). Rio de Janeiro. IBGE, 1916-
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050:2004. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, espaços, mobiliário e equipamentos urbanos/ Associação Brasileira de Normas Técnicas. – Rio de Janeiro: ABNT, 1997.
- ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. et al. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé). Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 58, n. 1, p.119-27, 2000.
- BACIERO, G. R: GANDARIAS, F.J.G. :PÉREZ.,L. M. **Oral health in the elderly in Spain**. Bilbao: enguia, 1998.
- BASTIAN, E.M. **Estudo do aspecto da assistência à saúde da pessoa idosa Em Instituições não hospitalares do município de São Paulo**. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1976.

- BARROS, C. D. C. de. **Evolução dos Sistemas de Qualidade**. São Paulo: Maltese, 1993.
- BASTIAN, E.M. **Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosa na área metropolitana de Porto Alegre-RS**. 1979. 182p. Tese (Livre docência em Saúde Publica) –Universidade de São Paulo.Faculdade de Saúde Pública.
- BEAUVOIR, S. **CA velhice**. São Paulo: Nova Fronteira, 1990.
- BENKO, M.A. et.al. **Critérios para o nível de dependência do cliente**. [s.l.:s.n.] 1991.
- BINS ELY, V. H. M.; CAVALCANTI, P. B. **Avaliação de asilos para idosos em Florianópolis**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina,1999.
- BORN, T. **Cuidado ao idoso em instituição**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996,524. cap. 36, p.403-414.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989.**Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas e outras instituições de atendimento ao idoso**. Brasília, 1989b. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. V. CXXVII.n.185. 27 de setembro de 1989, seção 1.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997.**Reconhecimento de profissionais de saúde de nível superior**. Brasília. 1997. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. v. CXXXV.n.83. 5 de maio de 1997, seção 1.p.8932-8933.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Proposta de capacitação em saúde do idoso**. Disponível em: [www. Saúde. Gov.Br/programa/idos/proposta.htm](http://www.Saúde.Gov.Br/programa/idos/proposta.htm).
- BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
- BRAVO, G. et.al. **Correlates of care quality in long term care facilities: a multilevel analysis**. J. Gerontol. B Psychol. Sci.Soc. Sci., Washington. V. 54. n.3. p. 180-188, May 1999.
- BRETAS, A.C.; OLIVEIRA, E. M. **Interseções entre áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão**.

- Saúde e sociedade, São Paulo, v.8. n.2, p. 59-82. ago./dez. 1999
- CAROL, M.; BRUE, L. J. **Enfermagem para idosos: guia prático**. São Paulo: Andrei, 1991.
- CARVALHO, V. F. C.; FERNANDEZ, M. E. D. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 11, p. 155-69.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Nursing homes residents 65 years of age and over according to age, sex, and race: United States, 1973-74, 1985. 1995 and 1997**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchswww data/hus99.pdf>.
- CHAIMOWICZ, F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. **Belo Horizonte; Posgraduate, 1998; sociedade. Belo Horizonte;**
- Posgraduate, 1998.92 CHAIMOWICZ, F. ; GRECO, D. B.** Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Ver. Saúde Publica, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460. out. 1999**
- CINTRA, F. A. em RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. **Como cuidar dos idosos. Capítulo: Problemas oftalmológicos no idoso**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1996.
- CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Orgs.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - RS. **Proposta de dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas**. Porto alegre, 2000.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Documentos Básicos de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo, 2002 e 2003.
- CONSIDERA, A. T. **O idoso e a institucionalização**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS NA TERCEIRA IDADE, 1., 1996, Rio de Janeiro. **Conferência**. Rio de Janeiro: UERJ, 1996. v. 2.
- CORREA, J. A busca do prazer no trabalho de enfermagem: uma abordagem

- ética. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 13, 1999, Minas Gerais. **Conferência.**, 1999. p. 1
- DACQUINO, G. **Viver o prazer.** São Paulo: Paulistas, 1992.
- DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
- DIAS, R. B. em RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. **Como cuidar dos idosos. Capítulo: Como lidar com o ambiente do idoso.** Campinas, São Paulo: Papirus, 1996.
- DIOGO, M. J. D. **Como cuidar dos idosos. Capítulo: Como lidar com o ambiente do idoso.** Campinas, São Paulo: Papirus, 1996.
- ÉLSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.
- ESTAUTADO DO IDOSO. Lei no. 10.741 de 1o. de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. São Paulo, 2003.
- FERNANDES, M. G.M. **Avaliação da capacidade funcional em idosos.** Nursing, São Paulo. v.2.n.13 p. 26-29. jun.1999
- FERRARI, M. A. C. Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões Mínimos para seu funcionamento. **Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 2, n. 2/3, p. 86-99, 1991.
- FERREIRA, M. H. **Idoso institucionalizado:** um estudo interpretativo das histórias de vida. Tese de Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1999.
- FIALHO, Francisco; SANTOS, Neri dos. **Manual de análise ergonômica do trabalho.** Curitiba: Genesis, 1995.
- FORETTE, F.. **A revolução da longevidade.** São Paulo: globo. 1998.183p.
- GELAIN, I; ALVAREZ, A. M.; SILVA, R. D. M. A enfermagem e o envelhecimento humano: aspectos éticos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 221-32, 1997.
- GOMES, F.A.A. **Manual de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Ed. Bras. Medicina Ltda., 1985.
- GRANDJEAN, E. et al. **Ergonomia, conceitos, origens e cronologia.** 2002. Disponível em: <<http://ergonomia.com.br/htm/conceitos.htm>>. Acessado

em 04/06/2004

- GRUNEWALD, V., FIALHO, Francisco A .P.. **Considerações sobre ergonomia e terceira idade**. Anais do 4º Congresso Latino Americano de Ergonomia e 8º Congresso Brasileiro de Ergonomia. Florianópolis, 1997
- HORTA, W. **Necessidades humanas básicas**, 1970.
- IIDA, I. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo: Ed. Edgard Blücher Ltda, 1990.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.
- KATZ, S. The science of quality of life. **J. Chron. Dis.**, v. 40, n. 6, p. 459-63, 1987.
- KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 185,p.914-919, 1963.
- KLEIMPBELL, R. M. Concept analysis of quality of life. **Dimens Crit Care Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 223-9, 1991.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo, Editora Atlas, 1999.
- LEHR. A revolução da longevidade: Impacto na sociedade, na família e no individuo. **Estudos Interdisc. Sobre o envelhecimento**. Porto alegre, v.1, n.1, p.7-35, 1999.
- LEOPARDI, M. T. Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador omnilateral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., 1994, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABEn, 1994. p. 179-83.
- LLOVERAS, X. G. M. **La accesibilidad en el hogar y en las residencias geriátricas**. Barcelona: Master a distancia en Gerontología social aplicada,1999.
- LOUZÃ NETO, M. R. et al. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Revista Paulista de Hosp.**, v. 34, n. 7, p. 135-43, 1986.
- MAIA, S. da C.. **Análise Ergonômica do Trabalho do Enfermeiro na**

Unidade de Terapia Intensiva: Proposta para A Minimização do Estresse e Melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho. Dissertação de Mestrado.

Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1999.

MORAIS, E.P. **Enfermagem e família:** evitando a negligencia. Santa Maria: Imprensa Universitária da UFSM, 1999. 145p.

MORENO. ^a B. : VERAS, R. . **Os idosos e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro.** Gerontologia. São Paulo, v.7, n.4, p. 167-177,1999.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 1993.

NERI, A. L. **Envelhecimento psicológico.** Campinas: Papirus, 1995.

NERI, A. L. In: JORNADA DE GERONTOLOGIA E GERIATRIA, 1., 1997, Florianópolis - SC. **Conferência.** SBGG – SC, 1997.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A.. D.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 4, p. 33-47.

NEWMAN, D. K.; SMITH, D. A. J. **Planos de cuidados em geriatria.** Barcelona: Doyma Libros, 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos.** Ginebra: OMS, 1974. 51p. (Informes técnicos 548).

PANERO, Julius e ZELNIK, M. **Human dimension & interior space: a source book of design reference standards.** New York: Whitney Library of design,1994.

PEPLAU, H. **Teoria de relações interpessoais na enfermagem,** 1952.

RAMOS, L.R. : VERAS, R.P.: KALACHE. A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revistar. Saúde Publica. São Paulo.** v.21, n.3. p.211-214. jun.1987.

SANTOS, D.C. **A experiência de vida das mulheres na terceira idade residentes em instituições geriátricas. 1996. Monografia** (graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- SCHIMTZ, L. M. História das instituições que abrigam idosos. In: SEMANA DA PESQUISA DA UFSC, 6., 1998, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1998. p. 502.
- SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 2, p. 9-30.
- SELGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
- SILVA, E.L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**, Florianópolis, 2000.
- RYFF, C. D. Successful aging: a developmental approach. **The Gerontologist**, n. 22, p. 209-214, 1982.
- TIMBY, B. K. . Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem; trad. Regina Garcez –6.ed. Porto Alegre: ed. ARTMED., 2002.
- VERAS, Renato P. **Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil**. ADVIR, n.º 3, março 1994.
- WALDOW, V. R.. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre/RS. **Revista. Gaúcha Enfermagem**, • Porto Alegre, v.8,n.1, p46-73,1987..
- .
- .

